

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J.-L. FAURE

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J.-L. FAURE
Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1933

TITRES UNIVERSITAIRES ET SCIENTIFIQUES

Externe des Hôpitaux, 1er février 1886.
Interne des Hôpitaux, 1er février 1887.
Aide d'Anatomie, 1889.
Prosecteur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, 1891.
Docteur en Médecine, 1892.
Chirurgien des Hôpitaux, 1895.
Membre de l'Association française de Chirurgie, 1896.
Agrégé de Chirurgie, 1898.
Membre de la Société de Chirurgie, 1903.
Directeur des exercices de médecine opératoire à la Faculté, 1904.
Membre de la Société internationale de Chirurgie, 1910.
Secrétaire général de l'Association française de Chirurgie, 1914.
Chirurgien consultant du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé à la IVe armée, 1916-1919.
Secrétaire général de la Société de Chirurgie, 1919.
Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine, 1919.
Membre de l'Académie de Médecine, 1924.
Président du Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1921.
Président de la Société nationale de Chirurgie, 1925.
Président du 35e Congrès français de Chirurgie, 1926.
Président de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1927-1931.
Président de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1929-1931.
Président du Syndicat des Chirurgiens français, 1927....

Lauréat des Hôpitaux. (Accessit de médaille d'or, Chirurgie, 1890.)
Lauréat de la Faculté de Médecine. (Médaille de bronze. Thèse, 1892.)
Lauréat de l'Institut. (Prix Mège, 1894.)
Lauréat de l'Académie de Médecine. (Prix Tarnier, 1910.)

MEMBRE CORRESPONDANT, HONORAIRE OU ASSOCIÉ DES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES :

Société italienne d'Obstétrique et de Gynécologie, 1904.
Société des Sciences médicales de Lisbonne, 1906.
Académie nationale de Médecine de Rio-de-Janeiro, 1906.
Société royale de Médecine de Budapest, 1909.
Société de Médecine et de Chirurgie de Bologne, 1914.
Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 1914.
Académie royale de Médecine de Madrid, 1920.
Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Buenos-Aires, 1921.
Société gynécologique espagnole, 1922.
Membre honoraire de la Faculté de Médecine du Chili, 1922.
Société calabraise de Médecine et de Chirurgie, 1923.
Société de Chirurgie de Buenos-Aires, 1924.
Société de Chirurgie de Guadalajara, 1925.
Académie royale de Médecine d'Irlande, 1926.
Académie royale de Médecine de Belgique, 1928.
Société de Gynécologie et d'Obstétrique de la Suisse romande, 1928.
Société grecque de Chirurgie, 1929.
Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Moscou, 1929.
Membre du Conseil de la Société de Rœntgenthérapie de Moscou, 1929.
International Medical Club of New-York, 1930.
Société gynécologique de Bucarest, 1931.
Société de Médecine de Cluj, 1931.
Société de Chirurgie polonaise, 1931.
Société nationale de Chirurgie de La Havane, 1932.

APERÇU GÉNÉRAL

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Il y a treize ans, en 1920, je me suis déjà présenté à l'Académie des Sciences. Douze suffrages se sont portés sur mon nom. C'est un témoignage d'estime qui m'a profondément touché, et qui m'engage à venir de nouveau présenter mon œuvre devant les mêmes juges.

J'arrive au bout de ma carrière, et je suis à l'âge où les hommes se retournent vers le passé.

Mon œuvre est terminée. Je la connais. Je la crois utile. Je voudrais l'exposer ici aussi brièvement que possible, mais assez clairement pour qu'elle puisse être comprise par tous ceux qui auront à se prononcer sur elle [1].

Il peut d'ailleurs paraître étrange qu'un gynécologue manifeste la haute ambition de représenter la Chirurgie Française à l'Académie des Sciences. Mais si, en 1919, les circonstances m'ont invinciblement désigné pour la chaire de Gynécologie à laquelle m'a appelé l'unanimité de mes collègues de la Faculté de Médecine, je n'en ai pas moins, pendant une grande partie de ma vie, travaillé de mon mieux pour le bien de la Chirurgie Générale. La gynécologie n'en est qu'une branche. Elle en est même de beaucoup la plus importante, et tout le monde sait que les trois quarts au moins des principales opérations sont constituées par ces belles interventions de la grande gynécologie abdominale, qui ont inauguré l'ère chirurgicale moderne, et sont restées l'élément le plus important de la chirurgie tout entière.

Il est d'ailleurs indispensable que le gynécologue ait une éducation

1. En dehors de mes titres d'ordre purement scientifique, je ne puis passer sous silence un grand nombre de travaux qui, presque tous, se rattachent de près ou de loin, soit aux fonctions que j'ai occupées dans diverses assemblées scientifiques, soit au journalisme médical, car je fais, depuis trente ans, partie du Comité de direction de la *Presse Médicale*,

chirurgicale complète. S'il veut être digne de ce nom et capable d'enseigner son art, il doit posséder au plus haut degré toutes les qualités du vrai chirurgien : connaissance profonde de l'anatomie, calme, patience, jugement droit, vision claire des nécessités opératoires, esprit de décision, courage devant les responsabilités.

C'est donc en travaillant comme chirurgien, c'est en appliquant à la gynécologie les règles et les méthodes de la chirurgie générale, que j'ai pu faire accomplir à la technique de cette branche de notre art des progrès qui, je ne crains pas de le dire, lui ont donné sa forme définitive.

C'est ainsi qu'en dehors de mes études de gynécologie proprement dite, j'ai publié un assez grand nombre de travaux de chirurgie générale, qui ont surtout trait, soit à des opérations nouvelles ou à des procédés inédits, soit à l'exposé de mes idées personnelles sur divers points de la chirurgie active.

J'ai toujours eu peu de goût pour les mémoires et les compilations bibliographiques, estimant qu'une idée nouvelle, lorsqu'elle est bonne, ou un procédé opératoire inédit, lorsqu'il est bien conçu, sont plus utiles et plus intéressants que tous les travaux de bibliothèque.

Ces publications, que j'ai faites en grand nombre, comme tant d'autres chirurgiens, n'ont, à mes yeux, que peu d'intérêt. Elles n'ont rien de la Chirurgie véritable. Celle-ci ne commence qu'avec l'acte opératoire. Sans l'acte opératoire, elle n'est plus qu'une forme de la médecine. Elle n'est pas la Chirurgie.

C'est pour cette raison que j'ai conscience d'avoir été et d'être resté un chirurgien. Avant que les circonstances ne m'aient orienté vers la gynécologie, je me suis, pendant de longues années, appliqué avec une véritable passion aux grandes entreprises de la chirurgie du cancer. J'ai toujours cru, et le crois plus que jamais, pour avoir souvent publié des résultats qui le démontrent (voir p. 17, 29, 46, 49), que nous avons dans

soit enfin à des publications de l'ordre le plus varié et à de nombreux essais de critique et de philosophie médicales.

La plupart ont été réunies en volumes (*En marge de la Chirurgie*, 4 volumes).

D'autres sont épars dans divers journaux, en particulier dans la *Presse Médicale*, ou perdus dans des Bulletins de Sociétés scientifiques.

Certaines études, très importantes à mes yeux, ont trait aux préoccupations politiques et surtout financières qui ont agité le pays pendant ces dernières années. Elles ont paru dans quelques journaux et dans des revues diverses. Elles n'ont aucun caractère médical. Mais j'ai la faiblesse de les considérer comme sérieuses, et de penser que le fait de s'être préoccupé du bien général et des affaires de son pays ne saurait passer pour une tare aux yeux des hommes qui en symbolisent la gloire scientifique. (Voir p. 114 et suivantes.)

l'intervention précoce, une arme souveraine qui nous permet bien souvent de guérir cette maladie, qui passe encore pour incurable aux yeux de bien des médecins, et même de bien des chirurgiens. Nous ne connaissions pas, il y a 25 ans, l'importance des agents physiques, et le radium était encore insoupçonné. Il était donc, à cette époque, permis de demander à l'acte opératoire plus encore que nous ne lui demandons aujourd'hui, et pendant une dizaine d'années, de 1895 à 1905 environ, j'ai conscience d'avoir été non seulement en France, mais dans le monde entier, un des chirurgiens qui ont travaillé avec le plus de persévérance, et je dirai même avec le plus de courage, — car il faut du courage pour persévérer dans cette chirurgie sanglante et difficile devant laquelle reculent, souvent avec raison, la plupart des chirurgiens, — à lutter contre cette cruelle affection, et dans bien des cas à la vaincre, car maintenant, en particulier dans le cancer de l'utérus, nous l'avons vaincue.

Je m'attaquais surtout alors aux cancers extérieurs et en particulier à ceux de la face et du cou, qui, de tous les cancers, donnent lieu aux opérations les plus difficiles, les plus graves et les plus émouvantes. J'ai fait, à cette époque déjà lointaine, d'innombrables opérations et écrit de nombreux articles sur l'*extirpation des tumeurs du cou, de la langue, du pharynx et de l'arrière-gorge, des maxillaires supérieur et inférieur*. Pour l'extirpation des tumeurs du pharynx et de l'amygdale, j'ai décrit et exécuté bien souvent un procédé de *résection de la branche montante du maxillaire inférieur*, qui ne demandait que quelques secondes et facilitait singulièrement ces exérèses étendues. J'ai insisté plus tard sur l'utilité qu'il y a, dans l'extirpation du cancer de la langue et des ganglions qui l'accompagnent, à faire l'*opération en deux temps*, ce qui la rend beaucoup moins grave. J'ai décrit et exécuté des procédés originaux sur l'*extirpation des tumeurs de la parotide*, sur l'*extirpation du rectum* par *voie sacro-périnéale* (voir p. 65). Dans ces dernières années (voir p. 102), j'ai montré les bons résultats de l'extirpation abdomino-périnéale, à laquelle le drainage large de la cavité abdomino-pelvienne, pour lequel j'ai tant combattu, a enlevé presque toute sa gravité. J'ai décrit la *voie naso-maxillaire* pour l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx. Elle est actuellement acceptée de tous en rhinologie et considérée comme la meilleure. Elle permet, en effet, au prix d'une cicatrice peu importante et d'un délabrement osseux presque insignifiant, d'utiliser, pour arriver sur le naso-pharynx, la cavité du sinus maxillaire. Elle donne, à très peu de frais,

beaucoup de jour, et il est souvent, grâce à elle, très facile d'extirper les tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales (voir p. 64).

Enfin, en 1902, j'ai décrit et exécuté pour la première fois, dans deux cas de cancers de l'œsophage situés, l'un et l'autre, derrière la base du cœur, l'*extirpation de l'œsophage thoracique*, opération qui passait jusqu'alors pour impossible, et que quelques rares chirurgiens avaient tentée sans pouvoir parvenir à la mener à bien (voir p. 62). Évidemment, c'était là une opération grave, mais dont, à cette époque où on ne connaissait pas encore le radium, le principe n'était pas discutable. Il n'en est pas de même aujourd'hui. C'est pourquoi je suis venu au Congrès de Madrid de 1932, conseiller l'abandon de cette opération, que j'avais moi-même créée trente ans auparavant (voir p. 42). Elle n'en montre pas moins, en tout cas, qu'à l'époque où je l'ai exécutée, et où j'avais d'ailleurs déjà décrit les principaux procédés d'hystérectomie que j'ai inventés, la pratique de la gynécologie ne m'empêchait nullement de donner des preuves manifestes de mon activité chirurgicale.

Mais si j'avais, à cette époque, une prédilection marquée pour les grandes opérations dirigées contre le cancer, j'avais, en même temps, étudié, décrit et exécuté diverses opérations nouvelles ou procédés opératoires inédits, d'importance d'ailleurs très inégale : un *procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus*, en utilisant, pour suturer les piliers, le sac herniaire lui-même convenablement traité ; un nouveau procédé de gastro-entérostomie, la *gastro-entérostomie par invagination*, le *plissement de l'estomac*, dirigé contre la dilatation exagérée de cet organe, opération qui avait été exécutée, à mon insu, en Angleterre, quelque temps avant que je ne fisse la première en France, l'*allongement des tendons des péroniers* destiné à remédier à la contracture de ces muscles; une *nouvelle amputation ostéoplastique du pied*, amputation de l'avant-pied, avec arthrodèse tibio-tarsienne qui donne un moignon excellent (voir p. 59).

Enfin j'ai décrit et exécuté en 1898 une opération très intéressante, qui a été pratiquée depuis un très grand nombre de fois, qui a donné de très nombreux succès, et qui est aujourd'hui devenue classique : il s'agit de l'*anastomose spino-faciale*, destinée à guérir la paralysie faciale due à la destruction du nerf facial dans le rocher, affection qui était jusque-là considérée comme absolument incurable et dont on trouvera plus loin la description (voir p. 61).

C'est une opération aujourd'hui acceptée de tous, consacrée par l'épreuve du temps, et qui a rendu service à de nombreux malades en les débarrassant d'une infirmité très pénible.

Voilà donc une douzaine de procédés opératoires originaux ou d'opérations nouvelles, qui, en dehors de la gynécologie, témoignent de mon labeur chirurgical.

En dehors de ces travaux, dont quelques-uns sont très importants, j'en ai publié beaucoup d'autres, sous forme d'articles insérés soit dans la *Presse Médicale*, soit dans d'autres journaux, ou de communications faites soit à la Société de Chirurgie, soit au Congrès français de Chirurgie, soit aux divers Congrès internationaux qui se sont succédé depuis plus de trente ans, à Paris, Berlin, Bruxelles, Londres, Rome, Budapest, Amsterdam, Lisbonne, Madrid, Varsovie, etc., et auxquels je me suis fait une obligation d'assister, convaincu qu'il y a un véritable devoir patriotique à aller représenter à l'étranger la chirurgie française, et que ceux-là ne font pas ce qu'ils doivent faire, qui laissent toujours aux autres le soin de le remplir. Pour moi, je l'ai rempli largement, et depuis trente-cinq ans, j'ai été parmi les premiers, j'ai quelque fierté à le dire et beaucoup de joie à m'en souvenir, à aller porter la parole française et, ce qui vaut mieux encore, l'exemple de notre technique, un peu partout à travers le monde (voir p. 16).

J'ai publié beaucoup d'articles, de communications, portant sur les questions les plus diverses de la chirurgie générale, et pour ne citer que ceux qui ont trait à la grande chirurgie, sur l'*hépatopexie* (thèse, 1892), sur le *traitement du goitre exophtalmique par la résection du grand sympatique*, sur le *traitement de l'hépatite aiguë par la dilacération du foie*, sur les *pancréatites*, sur la *laminectomie*, sur la *résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval*, les *plaies du canal thoracique*, l'*entrée de l'air dans les veines*, la *ligature temporaire de l'aorte abdominale et des grosses artères du bassin*, la *désarticulation de la hanche*, *l'appendicite*, etc.

Beaucoup ont d'ailleurs été l'objet de leçons que j'ai faites soit à la Charité, quand j'ai remplacé le Professeur Tillaux, soit à l'Hôtel-Dieu, lorsque j'y suppléais le Professeur Duplay, soit ailleurs, jusqu'en Amérique, et qui ont été recueillies en un volume (*Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, 1905) (voir p. 106).

Enfin, j'ai collaboré aux grandes publications didactiques parues

depuis trente-cinq ans et écrit de nombreux chapitres qui n'ont, eux, aucun caractère original.

Ce sont : les *Maladies chirurgicales de l'appareil tégumentaire*, dans le Traité de Le Dentu et Pierre Delbet.

Les *Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires*, dans le même ouvrage.

Enfin, les *Maladies de l'anus et du rectum*, dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Ce sont là des ouvrages de longue haleine, qui ont pu avoir leur utilité, mais qui ne présentent aucun intérêt particulier.

Tels sont mes principaux travaux en chirurgie générale. Mais parallèlement, au cours de ces mêmes années, les événements m'avaient conduit à approfondir d'une façon de plus en plus précise la technique de la grande gynécologie, et en particulier de l'*hystérectomie*.

Et c'est parce que, au cours des années passées dans des services généraux, je m'étais efforcé, au milieu d'autres travaux, d'apporter quelques perfectionnements aux méthodes opératoires de la grande gynécologie, que j'ai peu à peu pris la résolution de persévérer dans cette voie. J'ai progressivement accru mon expérience, perfectionné mes méthodes, développé mes idées et mûri les règles d'une technique dont j'avais étudié et parfois découvert les éléments au temps où, travaillant dans des services de chirurgie générale, je ne songeais nullement à me renfermer dans l'étude spéciale de la gynécologie.

Cette technique ne changera plus. Elle est définitive, — et quelque dangereux qu'il puisse être de ce servir de ce mot, — je n'hésite pas à l'employer parce qu'il y a tout de même, en chirurgie, des techniques qui ne changent plus.

Depuis 28 ans, elle est restée immuable — et si je faisais filmer aujourd'hui une hystérectomie régulière, elle serait superposable à celles qui ont été tirées il y a 20 ans — et que j'ai de temps en temps l'occasion de voir se dérouler sous mes yeux.

Mes premières publications gynécologiques ayant quelque importance datent de plus de 35 ans. C'est en 1896 que je décrivis un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale, *la segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges*, procédé qui, sans être d'une application générale,

ni même commune, peut, dans certains cas difficiles, trouver des indications précieuses.

L'année suivante, en 1897, j'exécutai pour la première fois, à l'hôpital Laënnec, et je décrivis, dans la *Presse Médicale*, l'*Hystérectomie abdominale par section médiane*, qui, dans les cas d'annexites bilatérales difficiles, rend chaque jour les plus grands services, et est actuellement adoptée par les chirurgiens du monde entier (voir p. 67). Peut-être y a-t-il encore quelques réfractaires, principalement en France, comme il est naturel, la plupart des hommes étant surtout ignorants de ce qui se passe à côté d'eux. Ils disparaîtront comme nous tous, mais, tant qu'on exécutera des hystérectomies, l'hémisection utérine vivra.

Un peu plus tard, en 1900, je décrivis l'*Hystérectomie subtotale par section première du col*, procédé auquel je donnai plus tard le nom, aujourd'hui consacré, de *décollation utérine* (voir p. 70). Dès cette époque, je montrai comment la *section du col utérin*, qui est, par son insertion vaginale, le moyen de fixité principal de tout l'appareil utéro-annexiel, est la manœuvre capitale de toute hystérectomie, et comment, *lorsque le col est sectionné, l'opération est pour ainsi dire terminée*. Ce procédé répond à des indications très différentes suivant qu'on attaque le col par derrière, *décollation postérieure*, qui permet d'enlever l'utérus en quelques secondes, ou suivant qu'on l'attaque par devant, *décollation antérieure*, qui facilite énormément l'extirpation de l'utérus fixé en rétroflexion adhérente. Certains chirurgiens, Ricard, Louis Bazy, de Martel, enthousiasmés par ce procédé, ont voulu l'ériger en méthode générale et l'appliquer à tous les cas d'hystérectomie pour annexites. Je suis très fier de cet honneur, mais ils exagèrent : dans les cas ordinaires il y a des procédés meilleurs, — procédé de H. A. Kelly, hémisection, — et la décollation antérieure doit être réservée aux annexites bilatérales avec utérus en rétroflexion adhérente. Dans la plupart des autres cas, ce procédé ne vaut pas les autres (voir p. 94).

Dès cette époque, dans de nombreuses opérations, dans des leçons cliniques faites principalement à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, dans divers articles, et enfin dans un ouvrage assez important publié en 1902 (*Chirurgie des annexes de l'utérus*) (voir p. 106), je me suis attaché au perfectionnement de la technique de l'hystérectomie abdominale. J'avais mis en pratique les procédés existant avant moi et créé des procédés nouveaux, mais, au début, je n'avais pas d'idées très précises sur la supériorité relative de ces divers procédés suivant les cas en présence desquels on se trouve.

Peu à peu la lumière s'est faite dans mon esprit et je suis arrivé à poser des règles extrêmement claires sur la façon dont doit être conduite une hystérectomie, et sur les divers procédés à employer suivant les circonstances. Les diverses règles de cette « tactique de l'hystérectomie » ont été condensées dans un livre paru en 1906 : *L'hystérectomie. Indications et technique* (voir p. 106).

Dans ce livre que l'Académie de Médecine a honoré du prix Tarnier (1910), l'hystérectomie est étudiée sous toutes ses faces et j'y ai posé, pour la technique générale et pour le choix des procédés, des règles précises auxquelles je n'ai depuis lors apporté aucune modification et dont on trouvera plus loin la démonstration (voir p. 84).

L'application de ces règles si simples a opéré une véritable révolution dans la technique de l'hystérectomie abdominale.

Mais on ne peut pas toujours créer des choses nouvelles. Depuis cette époque, j'ai surtout travaillé à développer par la parole, par la plume et plus encore par l'exemple de tous les jours, ces vérités techniques qui ont à mes yeux une importance capitale. Je les ai répandues dans le monde par des leçons, par des articles, par des opérations exécutées dans les pays étrangers et enfin par un livre important, le *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* (1911) dont mon collègue A. Siredey a écrit la partie médicale, et dans lequel j'ai donné tous mes soins à la description technique des procédés opératoires et à la discussion de leurs indications (voir p. 108). Ce livre en est aujourd'hui à sa quatrième édition.

A côté de ces travaux principaux, mes autres publications gynécologiques, articles, leçons diverses, communications et rapports dans les sociétés scientifiques (Société de Chirurgie, Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, Académie de Médecine), dans les Congrès français ou internationaux (Congrès français de chirurgie. — Congrès de gynécologie de Rome, d'Amsterdam, de Bruxelles, de Lille, de Toulouse, d'Alger, de Berlin, de Genève, de Bordeaux. — Réunions de la Société internationale de chirurgie à Bruxelles, à Londres, à Rome, à Varsovie, à Madrid. — Grands congrès internationaux de Paris, de Madrid, de Lisbonne, de Budapest, de Londres), n'ont que bien peu d'importance. Autant dire qu'ils ne comptent pas. Je n'en dirai donc rien, non plus que des nombreux articles de gynécologie que j'ai publiés dans la *Pratique médico-chirurgicale*, de Reclus, Pinard et Brissaud.

Enfin en 1925, j'ai publié dans la collection Doin, un livre sur le *Cancer de l'utérus*, qui a été traduit en russe, ainsi que la partie purement technique de mon livre avec Siredey, également traduite en russe par le professeur Arkangelsky, sous le titre : *Gynécologie opératoire*. Enfin dans le bel ouvrage de vulgarisation scientifique dirigé par Henry Bouquet : *Tout le corps humain*, j'ai rédigé, dans une forme un peu spéciale, les *Maladies de la mère et de l'enfant*.

On parle beaucoup, aujourd'hui, de l'enseignement par le cinéma.

On a parfaitement raison, car un bon film est un incomparable moyen d'éducation. Doyen qui fut l'initiateur, peut-être un peu théâtral, de cette méthode nouvelle, l'avait dit et l'avait montré, il y a une trentaine d'années, non sans soulever de vives oppositions.

Aujourd'hui ce mode d'enseignement a fait ses preuves. Grâce à la courageuse initiative de mon collègue Gosset, il a franchi, l'année dernière, les portes de l'Académie, qui l'a définitivement consacré.

J'ai été l'un des premiers à m'en rendre compte. En mai 1914, il y a près de 20 ans, à l'hôpital Cochin, j'ai fait exécuter plusieurs films représentant les divers procédés d'hystérectomie abdominale. Toutes ces opérations étaient, bien entendu, exécutées par moi-même.

Ces films montrent, avec la plus grande clarté, toute la technique de ces opérations, telles que je les ai décrites ou renouvelées. Sur l'image vivante de ces opérations, chacun peut se rendre compte de leur simplicité et des mille détails que ne peut préciser aucune description et qui, cependant, contribuent à leur réussite, à leur perfection, à leur élégance, et parfois même à leur véritable beauté.

Ces projections constituent donc un moyen d'enseignement que rien ne saurait remplacer, et des documents durables sur lesquels pourront nous juger les chirurgiens qui viendront après nous.

Après la guerre, en 1922, j'ai complété cette série par un film d'hystérectomie large pour cancer du col utérin. Ce film, admirablement réussi, est certainement le plus beau qui existe de cette opération difficile, si tant est qu'il ne soit pas le seul, comme je le crois. Il présente une valeur éducative incomparable et mieux vaut peut-être, pour un chirurgien, le voir une seule fois qu'assister à dix opérations successives.

Je l'ai donc emporté au cours de mes voyages, et j'en ai fait beaucoup, ne faisant en cela que mon devoir. C'est ainsi que j'ai été conduit à faire

un peu partout des conférences, des opérations, des projections, et quelquefois les trois ensemble, dans les pays les plus divers. En Europe : à Bruxelles, à Amsterdam, à Genève, à Dublin, à Madrid, à Saragosse, à Valence, à Barcelone, à Lisbonne, à Parme, à Belgrade, à Athènes, à Bucarest, à Cluj, à Budapest, à Varsovie et jusqu'à Moscou. En Algérie et au Maroc. En Amérique du Nord, en 1904, alors que je n'avais pas encore mon film, à New-York, à Philadelphie, à Baltimore, à Mexico, à San Francisco; en 1930, avec mon film, à Niagara Falls, à Montréal, à Rochester. En Amérique latine, en 1922, à Rio, St-Paul, Montévidéo, Buenos Aires, Santiago du Chili, et en 1927 à Rio encore, à Bel-Horizonte, à Juiz de Fora.

Il n'est presque pas d'année où je n'aie été quelque part vagabonder à travers le monde.

J'ai sous ce rapport, avec quelques autres, de plus en plus nombreux, largement rempli mon devoir de représentant actif de la Chirurgie de notre pays, hors des frontières de la France. Et j'ai la certitude que, si ces voyages m'ont profondément instruit, ils n'ont pas été inutiles à la propagation de nos méthodes et au bon renom de la Chirurgie française.

Tel est l'ensemble de mes travaux, mais dans ce résumé de quelques pages je ne puis ni ne veux passer sous silence, à cause de leur importance, deux questions qui, dans ces dernières années, ont tenu la plus grande place dans mon activité, je dirai presque dans ma vie. La première est le *Traitement du Cancer du col de l'utérus*, l'autre celle du *Drainage du péritoine infecté*. Celle-ci a soulevé à la Société de Chirurgie des discussions passionnées, qui ont eu des répercussions dans le monde entier Je la résumerai brièvement ici, renvoyant pour plus de détails à la suite de cet exposé (voir p. 95).

Voilà 37 ans que je bataille contre le cancer utérin. Dès 1896, alors que l'hystérectomie vaginale était le seul traitement radical du cancer utérin, je commençai à l'attaquer par la voie abdominale. J'ai pratiqué, à cette époque, la troisième opération faite en France, les deux autres ayant été faites quelques mois auparavant, sans d'ailleurs que je les connusse, par Terrier et par Chaput, qui se sont ensuite à peu près désintéressés de cette question. Wertheim, dont cette opération porte le nom, n'a commencé à la pratiquer qu'en 1898. La première avait été faite par Clarck, à Philadelphie, en 1895.

Depuis cette époque lointaine, je n'ai jamais cessé d'y avoir recours. Dans les années qui ont suivi, j'ai été de ceux qui, sans se décourager, ont entrepris de lutter contre cette affection que nos maîtres tenaient pour incurable.

Cependant, à l'étranger paraissaient des publications qui annonçaient des guérisons durables, accueillies ici avec quelque scepticisme. Mais moi aussi, de temps en temps, je rencontrais de mes opérées guéries, et qui restaient guéries après 3, 4, 5 et 6 ans. C'est alors qu'en 1906, je voulus en avoir le cœur net. Je me mis à la recherche de mes opérées et, à ma grande surprise comme à ma grande joie, j'en retrouvai le plus grand nombre. Je communiquai mes observations à la Société de Chirurgie, et, dès ce moment, je m'attachai de plus en plus à l'étude de cette question passionnante.

Depuis cette époque, et en grande partie sous l'influence de cette communication et des discussions qui suivirent, un certain nombre de chirurgiens énergiques et courageux ont, en France, entrepris une lutte de tous les jours contre la plus cruelle des affections dont puissent souffrir les femmes.

Mais j'ai conscience d'être celui qui a lutté avec le plus de constance et d'acharnement. A l'heure où va se terminer ma carrière hospitalière, je suis encore sur la brèche et j'y resterai jusqu'au bout.

En 1920, après un silence de 14 ans, car je voulais être sûr de mon fait, et il faut l'épreuve du temps lorsqu'on parle de la guérison du cancer, je fis une nouvelle communication à la Société de Chirurgie (voir p. 51) démontrant que, dans les bons cas, 80 % des opérées demeuraient guéries. Cette communication avait, à cette époque, fait une assez grande impression. Mais il y avait toujours contre l'opération, une objection de grande valeur. C'était sa gravité certaine : 10 à 15 % dans les meilleures mains. C'est quelque chose. C'est beaucoup, même pour combattre une affection toujours mortelle, et la plupart des chirurgiens hésitaient encore devant cette opération difficile.

D'ailleurs, en ce moment même, tout était remis en question par les résultats que donnaient les applications de radium. Celles-ci, avec les perfectionnements de la technique, avec l'augmentation constante des ressources en radium, donnaient de tous côtés des résultats extraordinaires, des guérisons fréquentes, des améliorations à peu près constantes et de

longue durée, même dans des mauvais cas, inaccessibles à la Chirurgie.

D'immenses espérances se faisaient jour de tous côtés, et je les partageais moi-même.

Mais bientôt vint l'heure des désillusions : les échecs, les aggravations, les morts même, d'ailleurs rares, mais surtout les récidives à échéance plus ou moins lointaine, vinrent, à côté de guérisons incontestables et souvent presque merveilleuses, montrer que le dernier mot n'était pas dit, et qu'il fallait travailler encore !

On travaille toujours et le dernier mot n'est toujours pas dit !

C'est qu'entre temps, un fait nouveau s'était produit qui bouleversa tout le problème, qui unit l'une à l'autre d'une façon indissoluble, qui fusionna pour ainsi dire, les deux grandes questions auxquelles j'ai consacré mes dernières années, le *traitement chirurgical du cancer du col utérin*, et le *drainage du péritoine infecté*.

Entraîné par les controverses soulevées à la Société de Chirurgie par la question du drainage du péritoine — par cette discussion sur le Mikulicz qui a fait tant de bruit et par l'histoire de laquelle je terminerai cet exposé (voir p. 95) — j'avais longuement réfléchi au moyen d'abaisser la mortalité opératoire dans l'hystérectomie pour cancer, que les chirurgiens, entraînés eux-mêmes vers le traitement par le radium abandonnaient de plus en plus.

Je m'étais dit que, puisque toutes les malades qui mouraient succombaient à l'infection, il fallait les considérer toutes comme de grandes infectées et les traiter comme telles, en terminant toutes les opérations d'une façon systématique par un drainage à la Mikulicz[1].

Pendant trois ans, j'appliquai systématiquement cette méthode si simple — et j'eus la grande satisfaction de voir se réaliser toutes mes prévisions. Je fis successivement 75 opérations avec seulement 2 morts,

1. Le Mikulicz est constitué par un sac de gaze muni d'un fil de soie solide attaché à son fond, du côté de l'intérieur. Au moment voulu, par traction sur le fil, on l'extrait facilement en le retournant en doigt de gant. Ce sac est rempli de mèches sortant à l'extérieur. Le tout constitue une masse d'un certain volume, qui remplit le bassin et sortant à l'extérieur, laisse le ventre ouvert et permet aux liquides septiques de s'écouler au dehors par capillarité, tout en s'opposant à l'issue de la masse intestinale. Le ventre restant ouvert, des adhérences se forment rapidement autour du sac, isolant la grande cavité péritonéale et constituant une barrière à l'infection. Les mèches intérieures sont enlevées progressivement dans les premiers jours, et le sac est extrait par traction sur le fil au bout d'une dizaine de jours. C'est une pratique ancienne renouvelée par Mikulicz en 1887, et qui a rendu de grands services aux temps héroïques de la Chirurgie nouvelle.

soit 2,66 %. La mortalité tombait donc au-dessous de 5 % et l'hystérectomie abdominale, jusqu'alors si redoutable, devenait aussi bénigne que l'hystérectomie commune pour fibromes ou pour annexites.

Ces résultats communiqués d'abord à la Société d'obstétrique et de gynécologie (voir p. 55), puis à la Société de Chirurgie (voir p. 55), firent une grande impression. La bénignité maintenant démontrée de l'hystérectomie pour cancer, enlevait la plus grosse objection, à vrai dire justifiée, que l'on put faire à l'opération. Elle donnait en même temps des arguments puissants pour soutenir avec plus d'ardeur que jamais la bataille pour le Mikulicz engagée à cette époque depuis 7 ans! (voir p. 95). Car tout le monde put constater en même temps, et les avantages du drainage à la Mikulicz et ceux de l'hystérectomie pour cancer, devenue maintenant bénigne.

C'est ainsi que, malgré le radium, l'hystérectomie pour cancer connaît une nouvelle fortune, et remonte aujourd'hui la pente qu'elle descendait peu à peu.

Les choses en étaient là lorsque se déroula, l'année dernière à l'Académie de Médecine, une discussion dont je ne puis donner ici que la substance, mais qui mérite d'être connue, à cause de son importance.

La thèse d'un de mes élèves, le Dr Fermoselle, faite d'après les malades opérées dans mon service en 1924, 25 et 26, c'est-à-dire avec un recul de plus de 5 ans, nécessaire pour affirmer la réalité de la guérison, me permit de constater que sur mes opérées, 94 % des bons cas, c'est-à-dire de ces cas bien mobiles, étaient restées guéries.

Le Prof. Regaud, directeur de l'Institut Curie, apporta ses chiffres et ses statistiques, et une discussion serrée se poursuivit entre nous.

C'est alors que le Prof. Gosset vint déclarer d'une façon catégorique, que la chirurgie avait fait son temps, qu'elle devait être rejetée d'une façon définitive et abandonnée en faveur du traitement par le radium. Je m'élevai énergiquement contre cette manière de voir — et je portai cette discussion d'ordre purement chirurgical dans le milieu compétent de la Société de Chirurgie, où une controverse assez vive s'éleva entre le Prof. Gosset et moi-même. Je montrai que, si la Curiethérapie devait effectivement être réservée aux cas médiocres et mauvais, les bons cas, c'est-à-dire les cas mobiles, devaient, eux, être réservés à l'opération, qui donnait 90 % de guérisons, alors que, dans les cas analogues, et

d'après la statistique de Regaud lui-même, la Curiethérapie n'en donnait que 48 % — ce qui d'ailleurs est déjà très beau!

Je montrai, d'après les chiffres du service même du Prof. Gosset, où d'ailleurs l'opération n'est pratiquée qu'après application préalable de radium, — ce qui interdit toute comparaison et toute conclusion précise, — je montrai, dis-je, que toujours dans les cas comparables, c'est-à-dire les cas bien mobiles, l'opération large donne actuellement un chiffre de guérison très supérieur (90 %) soit à la Curiethérapie seule (48 %, service de Regaud), soit à la Curiethérapie suivie d'hystérectomie simple (42,8 %, service de Gosset)

Intervenant dans cette discussion, le Prof. H. Hartmann, qui avait jusqu'alors une tendance à se prononcer en faveur de la Curiethérapie, ayant, après des recherches consciencieuses, retrouvé la plupart des malades qu'il avait opérées autrefois (12 sur 15) vint loyalement à l'Académie de Médecine, comme à la Société de Chirurgie, dire ses hésitations et se prononcer, en somme, dans les cas favorables, pour l'intervention chirurgicale.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance que prend, dans cette question difficile, l'opinion d'un homme comme lui! Les choses en sont là. L'avenir seul dira le dernier mot. et si je résume mon action de 37 ans dans cette grande question du cancer de l'utérus, je puis dire avec une satisfaction profonde qu'étant parti de rien, — car en 1896, il n'y avait rien, qu'une atmosphère hostile et la conviction générale que le cancer du col utérin était incurable, et que les opérations destinées à le combattre étaient téméraires, pour ne pas dire davantage, — j'en suis arrivé à obtenir les résultats que je viens d'exposer.

D'étape en étape, par un travail obstiné et une persévérance dans l'action sur une série de plus de mille opérations, je suis arrivé à guérir dans les cas mobiles — et ils le sont tous dans les deux ou trois premiers mois, 90 % de ces pauvres femmes, autrefois abandonnées à leur triste sort. J'ai travaillé jadis, quand je n'avais que l'espérance! Aujourd'hui, c'est la certitude que je laisse derrière moi. C'est quelque chose! Et malgré les fatigues renouvelées et les angoisses incessantes d'opérations parfois terribles, je ne regrette pas d'avoir consacré à cette grande œuvre une partie de ma vie.

La question du drainage du péritoine infecté, par laquelle je désire

terminer ce résumé déjà trop long, est à mes yeux beaucoup plus importante encore que celle du cancer utérin, parce qu'elle est d'une application universelle, extrêmement commune, et qu'il n'y a pas de jour peut-être, où dans le monde entier, elle ne se pose pour des centaines et des centaines d'opérés.

Elle a surgi subitement, au hasard d'une discussion à la Société de Chirurgie, le 2 juillet 1919. Elle a pris un développement et une importance extraordinaires, et s'est poursuivie depuis lors, dans le calme ou dans la tempête. Cette « bataille pour le Mikulicz, » comme j'ai coutume de la désigner, me semble aujourd'hui terminée, et terminée par la victoire. On en trouvera plus loin toutes les péripéties, qui méritent d'être connues (voir p. 95), et je n'en puis donner ici qu'un très pâle reflet.

La bataille commença en coup de foudre : comme mon collègue Pierre Delbet disait dans un rapport, à la Société de Chirurgie, que lorsque deux ou trois jours après une opération abdominale les choses semblent mal tourner, il ne faut pas hésiter à rouvrir le ventre. Je pris la parole dans le même sens, disant qu'en effet on trouvait souvent, dans ces conditions, un début de péritonite et qu'il suffisait de drainer avec un sac de Mikulicz pour voir les accidents d'infection s'arrêter et la malade guérir.

A peine eus-je prononcé le mot de Mikulicz que M. Quénu, avec une vivacité qui ne fut pas sans me surprendre, déclara « qu'il ne comprenait pas qu'on fît, à la Société de Chirurgie, l'apologie du Mikulicz, qu'il croyait cette mauvaise pratique abandonnée depuis 20 ans et supplantée par la péritonisation, etc. » (voir p. 97).

Je me défendis de mon mieux. Mais je sortis de cette séance profondément surpris de ce que j'avais entendu. Opérant souvent des cas très graves et en particulier des salpingites très infectées, j'avais toujours conservé la pratique du Mikulicz. Je ne savais pas que la plupart des chirurgiens l'avaient abandonnée, et que nombre de jeunes ignoraient jusqu'à son nom. Et cependant, j'avais la conviction absolue que beaucoup de mes grandes opérées lui devaient la vie. « Si vous pouvez péritoniser tous vos cas, avais-je dit à Quénu, c'est que nous n'opérons pas les mêmes malades. »

A partir de ce jour, je fus profondément absorbé par cette question, dont j'entrevoyais l'importance, parce je me rendais compte que si cette pratique était pour ainsi dire oubliée, il y avait cependant encore, malgré

la transformation de la Chirurgie abdominale, un grand nombre de cas infectés où elle devait être employée — parce que, tout de même, elle empêchait les malades de mourir.

La discussion s'était d'ailleurs étendue, et je l'avais portée sur le terrain de la Chirurgie intestinale (voir p. 100). Il y eut à ce sujet de très vives controverses, auxquelles prirent part contre moi, pour n'en pas citer d'autres, des hommes comme Pierre Duval, et le grand chirugien que nous avons perdu, Paul Lecène.

Je montrai, par les résultats de ma pratique personnelle que l'application du Mikulicz aux opérations abdominales sur l'intestin et le rectum avait abaissé la mortalité des deux tiers. Un certain nombre d'observations de Chirurgie de guerre, envoyées de Syrie et du Brésil, vinrent montrer que la même pratique avait complètement transformé, comme je l'avais prévu, le terrible pronostic des blessures de l'intestin (voir p. 105).

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, les admirables résultats obtenus par l'application systématique du Mikulicz dans l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, résultats qui se confirmaient de toutes parts, vinrent convaincre tous ceux qui, à part quelques irréductibles, étaient jusqu'alors restés hésitants.

Cette discussion a dépassé les frontières de la France et ceux qui, à l'étranger comme ici, ont consenti à suivre mes conseils, se sont ralliés à ma manière de voir. S'il reste encore des réfractaires ce sont ceux qui, pour une raison quelconque, et avant tout par la difficulté que nous éprouvons tous à changer des habitudes dont nous nous déclarons satisfaits, se sont refusés à faire l'expérience. Ils sont d'ailleurs de moins en moins nombreux et l'apaisement s'est fait aujourd'hui. Et il en sera ainsi, je ne crains pas de l'affirmer, tant que de nouvelles découvertes d'ordre bactériologique, biologique ou biochimique ne mettront pas les opérés à l'abri des complications infectieuses. Nous n'en sommes pas encore là! Y serons-nous jamais? Après les miracles que nous avons vus, qui pourrait dire non? Mais, en attendant ce grand jour, sachons nous servir de nos armes!

J'ai conscience que cette longue discussion, au sujet de laquelle la dernière escarmouche a eu lieu le 1er juillet 1931, douze ans, à un jour près, après son début, j'ai conscience, dis-je que cette dure bataille n'a pas été vaine. Car c'est elle qui m'a entraîné dans une série de méditations et de recherches qui, parmi les travaux que j'ai pu faire, sont

ceux qui ont donné les plus grands résultats et rendu le plus de services. Et lorsque je me dis que cette résurrection du Mikulicz fait que chaque jour, dans le monde entier, quelques centaines d'opérés vivent au lieu de mourir, je bénis, après quatorze années de luttes pour cette question, le hasard qui l'a soulevée.

J'éprouve seulement un regret profond. C'est que cette discussion n'ait pas eu lieu dix ans plus tôt, car j'ai la conviction que l'application de ces principes aux blessés de la Grande Guerre, aurait sauvé des milliers de soldats frappés au ventre, et qui dorment depuis quinze années sous l'herbe des champs de bataille! Puissent le malheur des temps et la folie des hommes ne pas nous donner quelque jour l'occasion douloureuse de démontrer la vérité de ce que j'avance.

J'ai fini! je m'excuse de n'avoir pu résumer plus brièvement les quelques points qui, dans un labeur de quarante années me paraissent devoir être mis en relief, et dominer les autres. Ce sont ceux qui présentent un caractère personnel, et qui ont ajouté quelque chose à la puissance de la Chirurgie. Dans l'immense travail qui nous submerge tous, les articles, les analyses, les mémoires, les livres eux-mêmes, comptent peu — ou ne comptent pas — à côté des armes nouvelles ajoutées à celles que nous possédons déjà contre la maladie et contre la mort! Les premiers passent, emportés par le temps dans l'océan des documents qui vieillissent et disparaissent, ou restent à jamais perdus dans la poussière des bibliothèques! Les autres demeureront vivantes, quand nous n'y serons plus, et travailleront après nous au bien des malades et au salut des opérés.

Telle est, brièvement résumée, mon œuvre chirurgicale. J'ai travaillé sincèrement, j'ai fait ce que j'ai pu et du mieux que j'ai pu. J'ai conscience, en tout cas, d'avoir, dans la lutte contre le cancer, comme dans la bataille pour le Mikulicz, donné un exemple durable d'énergie qui a trouvé sa récompense dans le salut de malades innombrables, et d'avoir, dans cette admirable Chirurgie Gynécologique, qui m'a depuis si longtemps passionné, découvert des principes et établi des règles qui lui ont donné une sécurité et une précision qu'elle ne perdra plus.

ANATOMIE

L'appareil suspenseur du foie. *Thèse.* Paris, 1892.

Cette étude anatomique constitue la première partie de ma thèse de doctorat, qui comporte également une partie chirurgicale importante : *L'Hépatoptose et l'Hépatopexie.*

Dans ce travail, j'étudie les moyens de fixité du foie, les divers ligaments déjà connus, à l'anatomie desquels j'apporte quelques précisions. Je démontre que le principal moyen de fixité du foie est son adhérence à la veine cave inférieure, à laquelle il est comme suspendu et qui est elle-même fixée au centre phrénique du diaphragme soutenu par l'appareil fibreux du péricarde.

Quelques points de l'anatomie du canal cystique. *Bull. Soc. anat.*, juillet 1892.

Description très complète des diverses dispositions du canal cystique, avec dessins, d'après des moulages métalliques que j'ai exécutés pendant un concours à l'Amphithéâtre des hôpitaux et qui sont déposés au Musée de cet établissement.

Étude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. *Gaz. Hôp.*, 23 mars 1895.

Dans ce travail, j'étudie spécialement les pédicules artériels et veineux de la parotide, et je donne de ces divers pédicules, ainsi que de l'extirpation de la glande, une description aujourd'hui classique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rétrécissement mitral pur chez l'homme. Malformation de la valvule de Thebesius. *Bull. Soc. anat.*, mars 1887.

Exstrophie de la vessie (avec H. Hartmann). *Bull. Soc. anat.*, mars 1887.

Orchite tuberculeuse aiguë. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Mal de Pott. Pachyméningite dorso-lombaire. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Tuberculose de la voûte orbitaire : propagation à la dure-mère et au cerveau. *Bull. Soc. anat.*, mars 1888.

Synovite de la gaine du jambier antérieur et hygroma prétibial à grains riziformes. *Bull. Soc. anat.*, avril 1888.

Tuberculose urinaire. *Bull. Soc. anat.*, 14 décembre 1888.

Ostéomyélite ancienne. *Bull. Soc. anat.*, 9 janvier 1891.

Kyste congénital thyro-hyoïdien. *Bull. Soc. anat.*, juin 1893.

Fracture partielle de la rotule figurant un corps étranger articulaire. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Exostose digitiforme de la fosse iliaque interne. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Anomalie dans la situation du cæcum et de l'iléon. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Anomalie d'origine de l'artère sous-clavière droite. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage enlevé par la voie cervico-thoracique. *Bull. Soc. anat.*, 19 décembre 1902.

Polype placentaire avec hyperplasie déciduale. *La Gynécologie*, 1909, et *Soc. obst. et gyn.*, 14 décembre 1909.

PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Note sur les effets de l'acétanilide dans le traitement de l'épilepsie. *Soc. biol.*, 27 juin 1887.

Étude sur la fièvre hystérique (une observation *in* T. Chauveau). Paris, 1888.

L'indolence des néoplasmes. Étude sur la physiologie de la douleur dans le cancer. *Gaz. hebd.*, 1895, p. 50.

Étude assez importante faite sous l'inspiration de mon maître Verneuil, et dans laquelle j'insistais sur l'absence de douleurs qui se rencontre régulièrement dans le cancer au début. Je montrais comment les cancers douloureux sont ceux qui mettent obstacle à une fonction — (langue, pylore, rectum) ou envahissent des troncs nerveux. D'où la nécessité de ne point attendre l'apparition des douleurs pour s'occuper de soigner le cancer. Vérité évidente — encore méconnue par presque tous les malades — et par beaucoup de médecins.

De l'importance des douleurs irradiées et des douleurs à distance, dans le diagnostic et le pronostic du cancer. *Gaz. hebd.*, 1895, p. 75.

Quelques remarques sur la physiologie de la douleur dans le cancer. *Gaz. hebd.*, 1895, p. 158.

Pour la cocaïne : Réponse à quelques objections faites à la méthode de Reclus. *Gaz. hebd.*, 1896, p. 717.

Grippe et chirurgie. *Presse Méd.*, 24 juillet 1919.

Cet article fut écrit sous l'impression que m'avait faite, au cours de la grande grippe de 1919, une série d'embolies mortelles, j'y montrais combien l'ambiance grippale aggravait le pronostic des interventions chirurgicales, en déterminant des complications pulmonaires, phlébitiques et emboliques, beaucoup plus rares en dehors des épidémies. Cette idée, dont il est superflu de souligner l'importance, a fait son chemin depuis

lors. Elle a été reconnue exacte par beaucoup de chirurgiens qui ne manquent pas d'en tenir compte dans les indications opératoires.

Sur l'emploi des vaccins dans les infections à pyogènes (Discussion). *Bull. Soc. Chir.*, 3 mars 1920, p. 372.

Résultats de la vaccination préopératoire (à propos de la communic. de BLANCO ACEVEDO). *Bull. Acad. Méd.*, t. XCIII, 1925, p. 570.

Contribution à l'étude étiologique du cancer (Discussion, rapport H. HARTMANN). *Bull. Acad. Méd.*, 25 mars 1927, p. 353.

Préface au livre : « Phlébites et embolies post-opératoires », par DUCUING. Masson et Cie, 1929.

Dans cet ouvrage très important, pour lequel le professeur Ducuing m'a fait l'honneur de me demander une préface, on trouve une confirmation de l'idée que j'ai émise sur l'influence de la grippe sur le développement des phlébites et des embolies.

A propos des pancréatites chroniques avec ictère (Discussion P. BROCQ). *Bull. Soc. Chir.*, 16 octobre 1929, p. 1106.

Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire (Discussion. Congrès de Varsovie). *Presse Méd.*, 17 août 1929, p. 1093.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du tibia avec menace de perforation de la peau (Clinique de Verneuil). *Gaz. Hôp.*, 12 juillet 1888.

De l'Hydrocèle péritonéo-vaginale ou Hydrocèle congénitale. *Gaz. Hôp.*, 17 août 1889.

Tuberculose testiculaire et castration (une observation *in* Th. Bastide). Paris, 1889.

L'Hépatoptose et l'Hépatopexie. *Thèse*. Paris, 1892.

Deuxième partie de ma thèse de doctorat, la première partie étant consacrée à l'*appareil suspenseur du foie*.

Étude clinique et expérimentale complète de l'hépatoptose et des moyens chirurgicaux d'y remédier (Hépatopexie).

Péritonite consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. Grossesse de 2 mois 1/2. Laparotomie. Guérison sans aucun trouble de la grossesse. *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1896, p. 741 (avec Siredey) et *Gaz. hebd.*, 1897, p. 97.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Décollement de la vésicule biliaire et hémorragie du foie. Laparotomie. Guérison. *Soc. chir.*, juillet 1896.

Désarticulation de la hanche pour tuberculose de la presque totalité du fémur (une observation *in* Th. Coronet). Paris, 1896.

Le plissement de l'estomac. *Gaz. Hôp.*, 2 mars 1897.

Cette opération que j'ai exécutée en 1896, et que je croyais avoir inventée, n'était en réalité pas nouvelle et avait même déjà été pratiquée une fois en France.

A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale. *Gaz. Hôp.*, 1897, p. 574.

Travail important dans lequel j'étudie les résultats d'un assez grand nombre de laparotomies pratiquées pour la plupart pendant le service de garde. J'arrive à cette conclusion, évidente aujourd'hui, mais qui ne l'était pas alors, que les interventions ont d'autant plus de chances d'être suivies de succès que l'état d'infection péritonéale est moins grave au moment de l'intervention.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. *Acad. de méd.*, 22 juin 1897.

Sur le traitement du goître exophtalmique par la résection totale du grand sympathique. *Congrès de Chir.*, 1897, p. 273.

Je me suis, à cette époque, sérieusement occupé de cette opération, qui était alors tout à fait nouvelle. J'en ai exécuté un certain nombre et je suis probablement celui qui, à cette époque, ait le plus fait, après Jaboulay, pour éclaircir cette question délicate.

Laparotomie et taille intestinale pour un polype de l'intestin grêle ayant déterminé une invagination intestinale chronique. *Soc. Chir.*, 3 novembre 1897.

Sur le traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval. *Gaz. hebd.*, 1897, p. 1158.

Les interventions intra-rachidiennes étaient, à cette époque, tout à fait exceptionnelles.

L'Hémirésection du thorax. *Gaz. Hôp.*, 1898, p. 199.

Pied bot valgus par contracture des péroniers latéraux. Allongement des péroniers. Guérison (rapport de Kirmisson). *Soc. chir.*, 26 février 1898.

Résection presque totale de l'estomac (Présentation de malade). *Soc. chir.*, octobre 1898 (Rapport de Tuffier, 1899).

Opération encore très exceptionnelle à cette date, et qui montre bien qu'à cette époque mes premières publications gynécologiques ne m'empêchaient pas de faire de la grande chirurgie.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. *Congrès de chir.*, octobre 1898. Première opération (voir p. 61).

Deux pièces de cancer du rectum enlevées par voie abdomino-périnéale (Présentation). *Soc. chir.*, 12 avril 1899.

Appendice enleve à la 15e heure (Présentation). *Soc. chir.*, 26 avril 1899.

Pancréatite (Présentation de malade). *Soc. chir.*, 10 mai 1899.

De la ligature élastique temporaire de l'aorte abdominale, comme moyen d'hémostase provisoire au cours de certaines opérations. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, août 1899, p. 713.

Tumeur des os (Discussion). *XIIIe Congrès de chir.*, octobre 1899.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. *Congr. chir.*, octobre 1899 (voir p. 61).

Sur la ligature temporaire des artères. *Gaz. hebd.*, 26 octobre 1899.

Sur le traitement chirurgical du cancer. *Congr. internat. de Méd.*, 2-9 août 1900.

Importante communication d'ordre général, dans laquelle je donne la statistique des cancers opérés jusqu'à ce jour, avec les guérisons durables obtenues en assez grand nombre. C'est un appel convaincu à la lutte chirurgicale contre le cancer, qui me passionnait à cette époque.

1901

La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac. *Sem. méd.*, 23 janvier 1901.

C'est dans ce travail que j'ai décrit la *douleur thoracique* comme pathognomonique des affections inflammatoires de la région sus-ombilicale de l'abdomen. Ce signe, dont j'avais déjà parlé dans mon travail sur les interventions d'urgence sur la cavité abdominale (*Gaz. des Hôp.* 1897), est aujourd'hui devenu classique.

Kyste hydatique du foie traité par la méthode de Delbet (Présentation). *Soc. chir.*, 31 juillet 1901.

Seringue de Pravaz retirée d'un corps caverneux (Présentation). *Soc. chir.*, 20 novembre 1901.

1902

Les gants imperméables dans la Pratique journalière. *Journal des Praticiens*, 1902.

Cet article, écrit à une époque où les gants étaient encore très discutés, surtout à cause de leur fragilité, décrivait avec enthousiasme la perfection des gants de Chaput. Il montrait la nécessité de se servir de gants, non seulement en chirurgie, mais encore en médecine — ne fut-ce que pour les autopsies. Il a eu une très grande influence sur la vulgarisation des gants de Chaput, qui ont rendu tant de services.

Sur deux cas de chirurgie du pancréas. *Congr. chir.*, octobre 1902.

Entrée de l'air dans les veines (Discussion). *Congr. chir.*, octobre 1902.

Cancer de l'œsophage intra-thoracique (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 17 décembre 1902.

1903

Principes de chirurgie (Leçon inaugurale de la clinique de l'Hôtel-Dieu) (suppléance du Prof. DUPLAY). *Presse médicale*, 17 janvier 1903.

Cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage. Extirpation par la voie médiastinale postérieure droite combinée à une incision cervicale. *Soc. chir.*, 28 janvier 1903 (Leçons de la Cl. de l'Hôtel-Dieu). *Presse méd.*, 14 mars 1903.

Dans cette observation, il s'agit de la première extirpation de cancer intra-thoracique de l'œsophage qui ait été faite sur le vivant (voir p. 62).

Sur les erreurs de la radiographie. *Soc. chir.*, 11 mars 1903.

L'extirpation de l'œsophage thoracique. *Presse méd.*, 19 mars 1903.

La chirurgie du médiastin postérieur. *Congr. de Madrid*, 23-30 avril 1903.

Statistique du service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. *Leç. Clin.*, *Gaz. Hôp*,. 18 juin 1903.

A propos du traitement de l'anus contre nature. *Soc. chir.*, 22 juillet 1903.

La cure chirurgicale de la paralysie faciale. *Soc. chir.*, 22 juillet 1903.

Sur les branchiomes du cou. *Soc. chir.*, 29 juillet 1903.

La voie trans-hyoïdienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-épiglottique. *Congr. de chir.*, octobre 1903.

Sur un cas de plaie du canal thoracique. *Soc. chir.*, 4 novembre 1903.

Volumineux angiome de la lèvre inférieure. Extirpation et cheiloplastie (Rapport sur une observation de MORESTIN). *Soc. chir.*, 30 décembre 1903.

1904

Sur le cancer de la langue (Discussion). *Soc. chir.*, 23 mars 1904.

Épithéliome du maxillaire supérieur (Présentation). *Soc. chir.*, 28 mars 1904.

Ligature de ia carotide primitive (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1904.

De l'hépatite aiguë et de son traitement chirurgical (Rapport sur un travail du Dr DENIS). *Soc. chir.*, 27 juillet 1904.

Sur la cloche pneumatique de Sauerbruck (Discussion). *Congr. de chir.*, octobre 1904.

Corps étranger de l'œsophage (Discussion). *Soc. chir.*, 21 décembre 1904.

Polype naso-pharyngien opéré par voie naso-maxillaire (Présentation). *Soc. chir.*, 28 décembre 1904.

1905

Incision d'un panaris. *Presse méd.*, 14 janvier 1905.

Anévrisme poplité. Extirpation ; gangrène de la jambe. *Soc. chir.*, 22 mars 1905.

L'intervention chirurgicale dans l'appendicite. *Presse méd.*, 5 avril 1905.

Corps étranger de l'estomac, gastrotomie. Guérison (Rapport sur une observation du Dr Godineau). *Soc. chir.*, 17 mai 1905.

Hyperthrophies musculaires partielles donnant lieu à des erreurs de diagnostic (Discussion). *Soc. chir.*, 28 juillet 1905.

Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire inférieur. *Presse méd.*, 18 novembre 1905.

Cent cas d'anesthésie par l'appareil de Ricard. *Soc. chir.*, 29 novembre 1905.

Myxo-chondrome branchial de la région sous-maxillaire droite. *Soc. chir.*, 20 décembre 1905.

1906

Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow (Rapport sur un travail de MM. Jeanbrau et Riche). *Soc. chir.*, 28 mars 1906.

Rapport sur un nouvel appareil à anesthésie de M. Soubeyran. *Soc. chir.*, 4 avril 1906.

A propos de l'appendicite. *Presse méd.*, 15 avril 1906.

Plaie de la moelle par balle de revolver. Laminectomie. *Soc. chir.*, 21 mai 1906.

Chirurgie des gros troncs veineux (Discussion). *Congr. de chir.*, octobre 1906.

Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire. *Congr. de chir.*, octobre 1906.

Technique de l'amputation du sein. *Presse méd.*, 3 novembre 1906.

1907

Traitement des cancers du pharynx. *Soc. chir.*, 9 janvier 1907.

A propos des pancréatites. *Soc. chir.*, 26 mars 1907.

Epithéliome adamantin du maxillaire supérieur (Discussion). *Soc. chir.*, 26 mars 1907.

Luxation incoercible de la clavicule. Réduction persistante obtenue avec l'appareil d'Heitz-Boyer (Rapport). *Soc. chir.*, 5 juin 1907.

Tumeur primitive du pneumogastrique (fibro-sarcome). Résection du pneumogastrique. Guérison (Rapport). *Soc. chir.*, 19 juin 1908.

Paralysie faciale double (Discussion). *Soc. chir.*, 10 juillet 1907.

Actinomycose (Présentation). *Soc. chir.*, 31 juillet 1917.

Sur la valeur des transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies (Discussion). *Congrès fr. de chir.*, octobre 1907.

Les gants imperméables en médecine et en chirurgie. Congrès pour l'avancement des sciences. Reims, 21 octobre 1907.

Tuberculose recto-sigmoïdienne traitée par la méthode endoscopique (Discussion). *Soc. chir.*, 13 novembre 1907.

Sur la ligatures des carotides (Discussion). *Soc. chir.*, 27 novembre 1907.

1908

Goître parenchymateux volumineux et total traité par l'exothyropexie (Rapport sur une observation du Dr Jacob). *Soc chir.*. 11 décembre 1908.

Un cas de résection du foie. *Soc. chir.*. 15 janvier 1908.

A propos de la rachistovaïnisation (Discussion). *Soc. chir.*, 8 avril 1908.

Pince-aiguille pour suture automatique, par Coryllos (Rapport). *Soc. chir.*, 28 octobre 1908.

Cancer du maxillaire supérieur à début sinusal (Discussion). *Soc. chir.*, 13 novembre 1908.

1909

Ligature des deux jugulaires internes (Discussion). 17 février 1909.

Le traitement du cancer par la fulguration (Discussion). *Association pour l'étude du cancer* et *Presse méd.*, 15 mars 1909.

La réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie. *Soc. chir.*, 24 mars 1909.

Infections et suppurations du pancréas. *Presse méd.*, 31 mars 1909.

Enchondrome de l'ethmoïde (Discussion). *Soc. chir.*, 24 juin 1909.

1910

Accidents chloroformiques chez les ictériques (Discussion). *Soc. chir.*, 4 mai 1910.

1911

Un cas de péricardite tuberculeuse traitée par la péricardotomie sans drainage. Guérison (Discussion). *Soc. chir.*, 22 février 1911.

A propos de la pharyngotomie. *Soc. chir.*, 8 mars 1911.

Brûlure des os du crâne par électrocution. Trépanation et greffe par glissement. *Soc. chir.*, 8 mars 1911.

A propos des brûlures électriques. *Soc. chir.*, 22 mars 1911.

Ligature du tronc brachio-céphalique dans un cas d'anévrisme de l'aorte. *Soc. chir.*, 14 juin 1911.

Des fractures du rachis cervical chez les plongeurs (Discussion). *Soc. chir.*, 15 décembre 1911.

1912

Cancer du plancher de la bouche (Discussion). *Soc. chir.*, 22 mars 1912.

Sur l'anesthésie par le mélange de Schleich. *Soc. chir.*, 27 mars 1912.

Présentation de l'appareil à anesthésie du Dr Gauthier. *Soc. chir.*, 17 avril 1912.

De la transfusion d'artère à veine dans les hémorragies graves (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 22 avril 1912.

A propos de l'anesthésie par les injections intra-musculaires d'éther. *Soc. chir.*, 24 avril 1912.

Ostéomyélite tuberculeuse du fémur, désarticulation de la hanche avec hémostase par le procédé de Momburg (Rapport de Sieur) (Discussion). *Soc. chirg.*, 12 juin 1912.

Sur le traitement de l'hépatite diffuse par la dilacération du foie. *Soc chir.*, 10 juillet 1912.

Très belle observation suivie de guérison.

Présentation d'une pièce de prostatectomie d'un opéré ayant succombé à une embolie aérienne, par Marion. (Discussion). *Soc. chir.*, 4 novembre 1912.

1913

Tétanos anormal apparu chez un enfant malgré une injection préventive de sérum antitétanique. Rapport de Riche (Discussion), 22 janvier 1913.

Goitre unilatéral droit très volumineux. Troubles respiratoires. Hémi-thyroïdectomie sous-capsulaire, par le Dr Sikora (Rapport). *Soc. chir.*, 19 mars 1913.

Hydronéphrose et néphrectomie après pyélographie (Présentation de malade). *Soc. chir.*, 25 juin 1913.

Traitement de l'appendicite (Discussion). *Soc. chir.*, 23 juillet 1913.

Fibrome pur du cæcum (avec Desplas). *Presse méd.*, 3 septembre 1913.

Sur le pneumothorax chirurgical (Discussion). *Soc. chir.*, 24 décembre 1913.

1914

Traitement des plaies de guerre gangreneuses par le débridement et la stérilisation à l'air chaud. *Soc. chir.*, 21 octobre 1914.

Appareil amovible pour l'immobilisation des fractures du bras et du coude, par Dupont et Kendirdjy (Présentation). *Soc. chir.*, 28 octobre 1914.

Anévrisme du pli du coude consécutif à une plaie par balle de shrapnell (Discussion). *Soc. chir.*, 28 octobre 1914.

Monoplégie du membre inférieur consécutive à un coup de feu de la cuisse, sans blessure apparente de l'appareil d'innervation (Discussion). *Soc. chir.*, 4 novembre 1914.

Des hémorragies secondaires dans les plaies de guerre (Discussion). *Soc. chir.*, 11 novembre 1914.

Appareil pour l'extension des fractures de cuisse, du prof. Forgue (Présentation). *Soc. chir.*, 18 novembre 1914.

Des indications opératoires dans les cas de projectiles de l'articulation du genou. (Discussion). *Soc. chir.*, 2 décembre 1914.

Considérations générales sur une statistique de 840 blessés de guerre, par le Dr Grinda (Rapport). *Soc. chir.*, 16 décembre 1914.

1915

A propos de la recherche des projectiles sous l'écran radioscopique. *Soc. chir.*, 3 mars 1915.

Balle siégeant dans la paroi postérieure du pharynx (Présentation). *Soc. chir.*, 16 mars 1915.

Traitement à l'ambulance des fractures ouvertes et des arthrites purulentes des membres par les appareils plâtrés à anses armées, par le Dr Lance (Rapport). *Soc. chir.*, 14 avril 1915.

Sur quelques appareils pour fractures compliquées. *Presse méd.*, 20 mai 1915.

Des blessures produites par les petits éclats métalliques (Discussion). *Soc. chir.*, 15 juin 1915.

Tumeur paranéphrique (Présentation de pièce). *Soc. chir.*, 22 juin 1915.

Plaie de l'anse sigmoïde avec éviscération. Gangrène et résection de l'anse. Technique opératoire pour la guérison de l'anus inguinal consécutif, par Quénu (Discussion). *Soc. chir.*, 6 juillet 1915.

Note sur un procédé d'amputation de cuisse (Discussion). *Soc. chir.*, 6 juillet 1915.

Sur un procédé nouveau pouvant amener les restaurations de l'épaule. La transplantation de la clavicule, par le Dr Dauriac (Rapport). *Soc. chir.*, 13 juillet 1915.

Six mois de chirurgie de guerre dans un hôpital de l'arrière, par le Dr Petit de la Villéon (Rapport). *Soc. chir.*, 17 août 1915.

Perforation de l'artère poplitée, par Proust (Rapport). *Soc. chir.*, 16 novembre 1915.

Éclat de grenade libre dans le ventricule droit, par Vouzelle (Rapport). *Soc. chir.*, 16 novembse 1915.

Résection abdomino-périnéale du rectum pour épithélioma (Discussion). *Soc. chir.*, 16 novembre 1915.

1916

Actions de certains antiseptiques sur le pus (Discussion). 11 janvier 1916.

Trois projectiles post-cardiaques extraits par trois voies et procédés différents, par le Dr Petit de la Villéon (Rapport). *Soc. chir.*, 18 avril 1916.

Statistique de l'extraction de corps étrangers au compas de Hirtz, par Bernard Desplas et Chevalier (Rapport). *Soc. chir.*, 18 avril 1916.

Stérilisation et fermeture des plaies de guerre, par Dehelly et Dumas (Discussion sur le rapport de Tuffier). *Soc. chir.*, 23 mai 1916.

Sur un cas de résection après suture du sciatique poplité externe (Discussion sur le rapport de Hartmann). *Soc. chir.*, 8 août 1916.

L'extraction des projectiles intra-pulmonaires à la pince sous écran. 58 opérations. 58 guérisons complètes, par Petit de la Villéon (Rapport). *Soc. chir.*, 8 août 1916.

A la suite de ce rapport et de quelques opérations faites par le Dr Petit de La Villéon, tant dans certains hôpitaux du front qu'à Paris,

cette méthode fut reconnue excellente et un service spécial fut confié à son inventeur.

1917

De la suture primitive des plaies de guerre et de leur traitement aseptique, par Chalier (Rapport). *Soc chir.*, 3 janvier 1917.

Sur les tumeurs provoquées par l'huile camphrée (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 27 février 1917.

De l'auto-stérilisation des plaies de guerre, par Legrand (Discussion du rapport de Delbet). *Soc. chir.*, 19 juin 1917.

Sur l'emploi d'un fixateur colorant avant la désinfection mécanique des plaies. (Discussion du rapport de Delbet). *Soc. chir.*, 26 juin 1917.

Sur les causes de la fréquence de l'appendicite chronique. *Presse méd.*, 28 juin 1917

Dans cet article basé sur une longue expérience, j'étudie les causes anatomiques, histologiques, mécaniques qui font qu'en réalité peu d'appendices échappent à des lésions diverses : coudures, rétrécissements, folliculites, scléroses, calculs, dont il est impossible de prévoir *à priori* la nature exacte, et qui, dès qu'elles se manifestent par des signes quelconques, rendent une opération nécessaire. Il est beaucoup moins grave d'enlever un appendice malade, alors qu'on ignore la lésion dont il est atteint, que de le garder.

De la transformation primitive en fractures fermées des fractures de cuisse par blessures de guerre, par Lagoutte (Rapport). *Soc. chir.*, 17 juillet 1917.

Dans ce rapport, après avoir constaté les résultats admirables obtenus dans les hôpitaux du front par la plupart des chirurgiens, j'émis l'avis que les blessés, étant en général beaucoup mieux soignés et beaucoup plus vite guéris dans ces hôpitaux que dans les services de l'arrière, il fallait, autant dans l'intérêt des blessés eux-mêmes que dans celui du service, conserver autant que possible les blessés à l'avant, jusqu'à guérison complète. Cette suggestion, qui fut appliquée en particulier à la IVe armée, où j'avais l'honneur d'être chirurgien consultant, a eu les effets les plus heureux.

Kyste du corps thyroïde consécutif à une blessure par balle de fusil, par Haller. (Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917.

A propos de 15 extractions de projectiles intrapulmonaires chez d'anciens blessés, par le Dr Olivier (Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917

Appareil à extension continue pour fractures des membres, par le Dr Lance. (Rapport). *Soc. chir.*, 27 novembre 1917.

1918

La novo-rachi-anesthésie générale, par le Dr Coryllos (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

Plaie du crâne, hernie cérébrale avec hémiplégie. Collection hématique intra-cérébrale. Ouverture et guérison, par le Dr Blanco Acevedo (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

Résection de la hanche gauche, néarthrose solide avec conservation de tous les mouvements, par le Dr Blanco Acevedo (Rapport). *Soc. chir.*, 26 février 1918.

La suture tardive des plaies de guerre, par le Dr Chalier (Rapport). *Soc. chir.*, 16 avril 1918.

48 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre, par le Dr Spick (Rapport). *Soc. chir.*, 16 avril 1918.

Tumeurs d'origine traumatique, par le Dr Vitrac (Rapport). *Soc. chir.*, 7 mai 1918.

La thoraco-pneumotomie postérieure radio-opératoire pour l'extraction des projectiles inclus dans la région hilaire du poumon, par le Dr Petit de la Villéon (Rapport). *Soc. chir.*, 4 juin 1918.

Sur un cas de désarticulation inter-ilio-abdominale, par Yvert (Discussion). *Soc. chir.*, 25 juin 1918.

Anesthésie rachidienne, par Coryllos (Rapport). *Soc. chir.*, 25 juin 1918.

1919

Étude sur la cholémie post-anesthésique et sur les moyens d'y remédier (Discussion). *Soc. chir.*, 7 mai 1919.

A propos des plaies de l'abdomen. *Soc. chir.*, 2 juillet 1919.

Cette discussion fut l'origine de la bataille pour le Mikulicz, qui vient à peine de finir (voir p. 95).

Traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante (Discussion). *Congr. chir*, octobre 1919.

Pancréatite aiguë (Discussion). *Soc. chir.*, 19 novembre 1919.

1920

Sur le shock opératoire (Discussion sur comm. de Gosset et Mestrezat). *Soc. chir.* 24 mars 1920.

Anévrisme de la carotide dans le sinus caverneux (Discussion sur un rapport de Broca). *Soc. chir.*, 30 juin 1920.

Sur un nouveau procédé de sutures à fils temporaires (Discussion sur un rapport d'Auvray). *Soc. chir.*, 7 juillet 1920.

Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires (Discussion sur une communication d'Ombrédanne. *Soc. chir.*, 20 octobre 1920)

Sur l'extirpation des cancers du rectum (Discussion A. Schwartz). *Bull. Soc. chir.*, 3 novembre 1920. p. 1230

Traitement des fractures de l'humérus (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 10 novembre 1920, p. 1260.

1921

La ponction exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 15 juin 1921. p. 881.

Résultats éloignés de l'extirpation des cancers du sein. *Congrès de Strasbourg. Presse méd.*, 12 octobre 1921.

Enfouissement du moignon appendiculaire (Discussion de Martel). *Bull. Soc. chir.*, 21 décembre 1921, p. 1445.

1922

Sur les amputations partielles du pied (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 8 mars 1922, p. 348

1923

Sur l'éclairage artificiel dans les opérations chirurgicales. *Bull. Soc. chir.*, 4 juillet 1923, p. 1037.

Je ne saurai trop insister sur l'importance de cette communication.

Sur le conseil de de Martel qui a eu le grand mérite d'être le premier à l'employer, je fis installer une lampe scyalitique dans mon service de

Broca. Au bout d'un an environ, enthousiasmé par cet admirable mode d'éclairage, je fis une communication à la Société de Chirurgie pour mettre mes collègues au courant des avantages que je lui avais trouvés.

Cette communication fit une grande impression sur beaucoup de mes collègues, et c'est à partir de ce jour que la lampe scyalitique commença à se répandre à Paris, en France, et de là dans le monde entier.

1924

Rachianesthésie. *Bull. Soc. chir.*, 29 janvier 1924, p. 86-94.

Tumeurs malignes du sein (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 13 février, p. 239.

Trois cancers du rectum (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 28 février 1924, p. 257.

Trente appendicectomies précédées d'intra dermo-résection (Discussion Louis Bazy). *Bull. Soc. chir.*, 18 juin 1924, p. 746.

Section des cordons antéro-latéraux de la moelle contre les douleurs incurables (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 22 octobre 1924, p. 947.

Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée. *Presse Méd.*, 19 novembre 1924, p. 913.

Encore l'appendicite. *Presse méd.*, 17 décembre 1924, p. 1001.

1925

Le drainage dans l'appendicite à chaud. *Presse méd.*, 30 octobre 1925, p. 1329.

1926

Laryngotomie économique (Discussion Sébileau). *Bull. Soc. chir.*, 3 février 1926, p. 175.

A propos des complications pulmonaires dans la chirurgie gastrique (Discussion Gosset et Talheimer). *Bull. Soc. chir.*, 18 février 1926, p. 198.

La transfusion du sang (Discussion, Congrès de chirurgie). *Presse Méd.*, 2 octobre 1926, p. 1308.

Contusion abdominale grave. Désinsertion mésentérique. Hémicolectomie droite d'urgence (Discussion rapport Grégoire). *Bull. Soc. chir.*, 17 novembre 1926.

C'est à propos de cette discussion que je soulevai la question du drainage par le Mikulicz dans la chirurgie intestinale, discussion qui devait prendre de si grandes proportions (voir p. 100).

1927

Le Mikulicz dans la chirurgie intestinale. *Bull. Soc. chir.*, 26 janvier 1927, p. 97-110.

Très importante communication au cours de laquelle je donnai mes résultats (voir p. 101).

Cette communication fut suivie d'une intervention de Lecène, à laquelle je fus entraîné à répondre (voir p. 104).

A propos du Mikulicz. *Bull. Soc. chir.*, 23 février 1927, p. 280-294.

Réponse à Lecène (voir p. 104).

Le Mikulicz au Congrès de chirurgie. *Presse méd.*, 30 novembre 1927, p. 1467.

La rachianesthésie à l'Hôpital Broca (Discussion Douay). *Bull. Soc. gyn. et obst.*, 4 juillet 1927, p. 435.

Deux cas de volvulus postopératoires du grêle (Discussion rapport Robineau). *Bull. Soc. chir.*, 2 novembre 1927, p. 1198.

1928

A propos du traitement des phlegmons des gaines synoviales de la main (Discussion Moure). *Bull. Soc. chir.*, 18 avril 1928, p. 535.

Revenons aux gants de Chaput. *Presse Méd.*, 21 juillet 1928, p. 925.

Les gants de Chaput (voir p. 50) s'étaient peu à peu déformés. Le principe (doigts larges et courts) avait été oublié par les fabricants. Le véritable gant de Chaput n'existait plus.

L'article que j'écrivis était destiné à ramener l'attention sur ce point et à y porter remède. Il a été entendu. De très importants fabricants sont venus me voir. Ils sont retournés aux anciens principes, et ont établi des modèles nouveaux remplissant les conditions requises. Ces nouveaux modèles ont été, si je ne me trompe, adoptés par l'armée.

Mon appel n'a donc pas été inutile.

1930

Ulcère perforé (Discussion rapport Grégoire). *Bull. Soc. chir.*, 12 février 1930, p. 229.

A propos du bistouri de haute fréquence (Discussion Heitz-Boyer). *Bull. Soc. chir.*, 2 avril 1930, p. 536.

Examens histologiques extemporanés au cours d'interventions chirurgicales (Discussion Yvon Bertrand). *Bull. Soc. chir.*, 2 avril 1930, p. 536.

Présentation d'un appareil à anesthésie pour le mélange de Schleich, par le Dr Mossé. *Bull. Soc. chir.*, 9 juillet 1930, p. 111.

Rupture traumatique de la rate (Discussion rapport Proust). *Bull. Soc. chir.*, 15 octobre 1930, p. 1043.

1931

Discussion sur l'appendicite. *Bull. Soc. chir.*, 15 avril 1931, p. 543-549.

Avant dernière escarmouche dans la bataille pour le Mikulicz.

1932

État actuel de la chirurgie de l'œsophage (Congrès de Madrid). *Presse Méd.*, 1932, p. 513.

Bien qu'ayant été le premier à enlever sur le vivant l'œsophage thoracique en 1902, alors que la radiothérapie n'existait pas encore, je conseille, devant les résultats actuels, d'abandonner cette opération (voir p. 63).

1933

A propos des différents modes d'anesthésie. *Bull. Soc. chir.*, 15 février 1933, p. 281.

Plaidoyer en faveur de l'anesthésie générale, à laquelle je suis toujours resté fidèle.

GYNÉCOLOGIE

Sur un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. La segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges. *Presse méd.*, 1896, p. 761.

L'hystérectomie abdominale totale par section médiane. *Presse méd.*, 5 novembre 1898.

Première description de ce procédé actuellement employé dans le monde entier.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles *Gaz. Hôp.*, 5 septembre 1899.

Sur l'hystérectomie abdominale totale (Discussion). *Soc. chir.*, 21 octobre 1899.

L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. *La gynécologie*, 1899.

J'avais fait ma première opération en septembre 1896. C'est mon premier article. Je commençais à m'intéresser à cette question qui, depuis, a fait du chemin.

Hystérectomie vaginale et laparotomie dans les suppurations annexielles (Clinique de la Charité). *La gynécologie*, 1899.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Congr. intern.* 29 août 1900.

L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. *Congr. intern.*, 29 août 1900.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. *Journ. des prat.*, 1900, p. 17.

Leçon clinique de la Charité. Intéressante parce qu'elle correspond à une époque où mes idées sur le choix des procédés commençaient à se préciser, mais n'avait pas encore atteint sa forme définitive.

L'hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. méd.*, 7 novembre 1900, p. 1205.

Première description de ce procédé (voir p. 70).

1901

Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie vaginale. *Soc. chir.*, 6 mars 1901.

Quand j'ai, pour la première fois proposé ce traitement, j'étais à peu près seul de mon avis, et vivement combattu par l'unanimité des accoucheurs. Aujourd'hui, après trente ans, un grand nombre d'entre eux se sont ralliés à ma manière de voir. Ils conseillent même d'agir plus précocement que je ne le conseillais à cette époque. En quoi ils ont raison.

Salpingites et appendicites. *La gynécologie*, 1901.

1902

La tuberculose génitale (Rapport au Congrès de Rome), septembre 1902. *La gynécologie*, 1902. *Revue de gynéc. et de chir. abd.*, novembre-décembre 1902.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale (Discussion). *Congrès de Rome*, 15-21 septembre 1902.

L'hystérectomie subtotale par section première du col (Discussion). *Congrès de Rome*, 15-21 septembre 1902.

1903

La salpingopexie. *La gynécologie*, 15 avril 1903. Opération nouvelle : fixation des annexes prolabées au niveau du détroit supérieur.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale. *Congr. intern. de méd.*, 20 avril 1903.

La protection automatique de l'uretère dans l'hystérectomie par décollation. *La gynécologie*, 15 août 1903.

Fibrome utérin avec torsion de l'utérus. *Soc. chir.*, 13 mai 1903.

Traitement des fibromes utérins (Discussion). *Soc. chir.*, 18 mai 1903.

L'hystérectomie abdominale par décollation. *Trib. méd.*, 11 juillet 1903.

1904

Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles (Clinique de l'Hôtel-Dieu), novembre 1903. *Presse méd.*, 20 janvier 1904.

Cet article, qui n'est que la reproduction d'une leçon clinique, faite à l'Hôtel-Dieu. le 27 novembre 1903, est capital. Il renferme, avec figures à l'appui, tous les principes que je m'efforce de faire connaître depuis cette

époque, et qui sont actuellement répandus dans le monde entier, principes qui doivent guider le chirurgien dans le choix des divers procédés d'hystérectomie, et auxquels, depuis lors, je n'ai pas changé un mot (voir p. 86).

Cinq observations d'hystérectomie subtotale par hémisection pour suppurations annexielles (Rapport sur un travail de M. Michel, de Nancy). *Soc. chir.*, 24 février 1904.

Kystes de l'ovaire et grossesse, trois cas de torsion du pédicule, trois laparocomies, trois guérisons (Rapport sur un travail de M. Lapeyre). *Soc. chir.*, 20 juillet 1904.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *Soc. obst. et gyn.*, 11 juillet 1904.

Grossesse tubaire à terme avec enfant mort (Discussion). *Soc. chir.*, 23 novembre 1904.

Péritonite appendiculaire généralisée au huitième mois de la grossesse (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 12 décembre 1904.

Du chorio-épithéliome malin de Marchand (Rapport). *Soc. chir.*, 14 décembre 1904.

1905

Comment on reconnaît et comment on soigne les salpingites aiguës. *Presse méd.*, 11 mars 1905.

Sur l'hystérectomie subtotale dans les fibromes. *Soc. chir.*, 7 juin 1905.

Dégénérescence épithéliale d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie subtotale pour salpingite. (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1905.

Étranglement interne pendant la grossesse (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 13 mars 1905.

Hystérectomie vaginale (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 10 avril 1905.

Sur les opérations conservatrices dans les annexites (Discussion). *Soc. chir.*, 21 juin 1905.

Résultats opératoires dans le cancer de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 décembre 1905.

Hématocèle chez une opérée à laquelle il ne restait qu'un ovaire (Présentation). *Soc. chir.*, 6 décembre 1905.

Un cas de métrite cervicale tuberculeuse (Discussion). *Soc. chir.*, 11 décembre 1905.

1906

Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale (Rapport sur un travail de M. Pierre Duval). *Soc. chir.*, 13 juin 1906.

Torsion du pédicule d'un hydro-salpinx droit. *Soc. obst. et gyn.*, 2 juillet 1906.

Sur les fibromes de la portion vaginale du col. *Soc. obst. et gyn.*, 2 juillet 1906.

Opération césarienne conservatrice chez une femme à terme. Hémorragie par désunion de la paroi. Opération de Porro. *Soc. obst. et gyn*, 15 octobre 1906.

Grossesse extra-utérine non rompue de plus de quatre mois et demi (Rapport sur une observation de M. Lapeyre). *Soc. chir.*, 24 octobre 1906.

Le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. *Soc. chir.*, 21 novembre 1916.

Dans cette communication, faite à une époque où le cancer du col utérin passait encore pour incurable aux yeux d'un grand nombre de chirurgiens, je donnai la statistique de mes opérées. J'en avais, après des recherches difficiles, retrouvé une grosse proportion, plus de la moitié, vivantes et parfaitement guéries depuis plusieurs années.

Cette communication établissait aux yeux de tous la curabilité évidente du cancer utérin. C'est à partir de cette époque que je m'attachai plus particulièrement à cette question, que j'ai poussée à fond, et qu'un certain nombre de jeunes chirurgiens, enhardis par ces résultats, entrèrent dans cette voie, que j'ai conscience d'avoir ouverte en France, où j'ai persévéré et dont les résultats ont confirmé ceux que j'avais obtenus à cette époque.

Hystérectomie pour épithélioma du col de l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 5 décembre 1906.

1907

La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. *Presse méd.*, 2 mars 1907.

Traitement du cancer du col de l'utérus. *Congrès de gyn. obst. et pédiatrie. Alger*, avril 1907.

Cancer du col de l'utérus (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 29 mai 1907.

Ces communications et présentations multipliées se rapportant au même sujet, le traitement chirurgical du cancer du col utérin, montrent combien la question était brûlante à cette époque. Il y avait des résis-

tances, il y avait des incrédules, et je m'efforçais de faire passer ma conviction dans l'esprit de mes collègues.

Atrésie congénitale des trompes (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 21 juin 1907.

Indications opératoires dans les fibromes utérins (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 juin 1907.

La lutte contre le cancer utérin. (36e Session de l'*Assoc. française pour l'avancement des sciences*). Reims, août 1907.

1908

Sur une statistique de cancers utérins traités par l'hystérectomie abdominale, par le Dr Jayle (Rapport). *Soc. chir.*, 25 mars 1908.

Grossesse extra-utérine à terme (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 9 mars 1908.

L'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale. *La gynécologie*, 1908.

La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. *Soc. chir.*, 16 mars 1908.

Sur la durée du séjour au lit après les opérations. *La gynécologie*, 1908.

Sur la durée du séjour au lit après les opérations abdominales. *Soc. chir.*, 6 mai 1908.

A cette époque, l'habitude était générale parmi les chirurgiens de laisser les malades au lit pendant les 21 jours consacrés. Convaincu par ce qui se passait à l'étranger, où les Allemands, en particulier, étaient tombés dans l'excès contraire, en faisant lever leurs malades deux ou trois jours après les opérations et même le lendemain; convaincu surtout parce que j'avais vu faire à mon ami Témoin (de Bourges) qui les faisait lever au bout de dix jours, j'étais arrivé à les lever le douzième jour et je vins proposer à mes collègues d'en faire autant. Je fus, bien entendu, vivement combattu. Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens ont adopté cette manière de faire.

Observations du pseudo-cancer du col utérin (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 mai 1908

Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme (Rapport). *IIe Congrès de la Société internationale de chirurgie.* Bruxelles 21-25 septembre 1908.

Deux cas de prolapsus génital chez des vierges, traités par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, par Marion (Rapport). *Soc. chir.*, 28 octobre 1908.

Sur deux cas de polypes placentaires avec hyperplasie déciduale. *Soc. obst. et gyn.*, 14 décembre 1908.

1909

Présentation d'un bassin anormal (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 8 février 1909.

Procidence du cordon (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 février 1909.

Indications opératoires dans les fibromes utérins. *Soc. chir.*, 13 février 1909.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *La gynécologie*. 1909.

Six cas de fistules vésico-vaginales guéris par la méthode du dédoublement, par Bégouin (Rapport). *Soc. chir.*, 20 avril 1909.

Valve fixe pour maintenir la masse intestinale dans certaines laparotomies. *Soc. chir.*, 28 juillet 1909.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Congrès international de Médecine*. Budapest, 29 août-4 septembre 1909.

Note sur un abcès gazeux de l'ovaire, par Sirebey et Ricard (Discussion) *Soc. chir.*, 13 décembre 1909.

1910

Du decubitus acutus post partum (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 20 janvier 1910.

Sur la technique de l'hystérectomie supra-vaginale sans évacuation préalable de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 14 février 1910.

Avantages de l'hystérectomie subtotale. *Congrès de gyn. et obst. de Toulouse*. 1910.

Tumeurs solides de l'ovaire (Discussion). *Congrès de gyn. et obst. de Toulouse*. 1910.

Deux faits rares de grossesse extra-utérine (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 9 mai 1910.

1911

Sur le drainage utérin dans l'opération césarienne conservatrice (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 16 janvier 1911.

La ponction exploratrice dans le cul-de-sac postérieur du vagin. *Soc. chir.*, 20 mars 1911.

Sur la colpotomie. *Presse méd.*, 15 avril 1911.

1912

Traitement des kystes de l'ovaire prævia au cours de la grossesse et du travail (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 12 février 1912.

Rupture de l'utérus (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 mars 1912.

L'hystérectomie pour cancer de l'utérus au cours de ia grossesse. *Soc. obst. et gyn.*, 12 avril 1912.

Péritonite par rupture d'un pyosalpinx coexistant avec un fibrome. Hystérectomie abdominale. Guérison par le Dr Le Moniet (Rapport). *Soc. chir.*, 3 juillet 1912.

Cancer primitif de la partie supérieure du vagin. *Soc. chir.*, 10 juillet 1912.

Kyste de l'ovaire suppuré (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 11 novembre 1912.

1913

Epithélioma du col utérin avec greffe vaginale. *Soc. chir.*, 3 mars 1913.

Fausse bifidité utérine dans un cas d'hématométrie avec hémato-colpos. Hystérectomie abdominale subtotale. Résection et drainage de la poche vaginale (Rapport sur une observation du Dr Sikora). *Soc. chir.*. 10 mars 1913.

Indications opératoires dans le cancer de l'utérus. *Congrès de Lille*, 25 mars 1913.

Cancer du col de l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 9 avril 1913.

Des rayons ultra-pénétrants de radium dans le traitement du cancer utérin. *Soc. obst. et gyn.*, 5 juillet 1913.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Congrès de Berlin*. septembre 1913.

Le très grand nombre de communications sur le cancer de l'utérus qui se succèdent tous les ans et même plusieurs fois par an, soit à la Société de chirurgie, soit à la Société d'obstétrique et de gynécologie, ainsi qu'aux divers Congrès de France et de l'Étranger, montrent avec quelle ardeur je me suis occupé, pendant de longues années de cette question si importante. Ces diverses communications répondent à l'évolution de mes idées, et s'appuient sur des opérations de plus en plus nombreuses et des résultats de plus en plus anciens et de plus en plus précis. J'ai le droit de dire que depuis une vingtaine d'années je suis, en France, le chirurgien qui par mes actes, par mes paroles et par mes écrits, ai le plus travaillé aux progrès de cette question. Alors que la plupart des chirurgiens, découragés, abandonnaient à leur triste sort presque toutes les malades atteintes de cancer utérin, j'ai travaillé, j'ai persévéré. J'ai toujours été convaincu de la curabilité de cette affection. Je l'ai dit, je l'ai écrit, alors que les maîtres d'autrefois le niaient ! J'ai travaillé de mon mieux au perfectionnement technique de l'opération destinée à la

guérir, opération qui est une des plus minutieuses et des plus difficiles de la chirurgie et j'ai eu la satisfaction de voir plus de 50 % de mes malades rester guéries d'une façon durable. Le traitement par le radium est venu bouleverser la thérapeutique du cancer utérin. Nul ne sait encore s'il faut voir dans le radium le traitement de l'avenir, ou si, malgré des succès certains, il restera inférieur, comme il l'est encore actuellement, au traitement opératoire. Il faut attendre mais — quel que soit l'avenir — il me reste la satisfaction d'avoir, presque seul en France pendant de longues années, lutté de toutes mes forces contre cette cruelle affection, et d'avoir entraîné derrière moi des jeunes chirurgiens qui sont là pour me remplacer. (*Résumé de mon opinion à cette date*).

1914-1918

Guérison par radiumthérapie d'un cancer utéro-vaginal inopérable (par Legueu et Chéron) (Discussion). *Soc. chir.*, 18 février 1914.

Sur un procédé d'hystérectomie abdominale pour fibromes à pôle inférieur enclavé; procédé de l'évidement, par Bégouin (Discussion). *Soc. chir.*, 19 février 1914.

La guérison du cancer de l'utérus. *Presse méd.*, 2 mai 1914.

Chorio-épithéliome de l'utérus (Présentation). *Soc. chir.*, 18 mai 1914.

Voici les seules publications gynécologiques pendant la guerre. Les préoccupations de tous étaient ailleurs !

1919

De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales (Discussion sur une communication de Legueu). *Soc. chir.*, 29 janvier 1919.

Indications et technique de l'hystérectomie dans les suppurations annexielles (en collaboration avec le Prof. Bégouin) (Rapport). *Congrès des gyn. et obst. de langue française.* Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

Traitement opératoire du cancer du col de l'utérus (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française.* Bruxelles, 25 et 27 septembre 1919.

Du lever précoce des accouchées et des opérées (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*, Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

Valeur des différentes incisions dans les laparotomies (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*, Bruxelles, 25-27 septembre 1919.

1920

Sur le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie large. *Soc. chir.*, 24 mars 1920.

Communication très importante, où j'examine les résultats obtenus par l'hystérectomie large chez mes malades de la ville. C'est la confirmation absolue des résultats publiés en 1906, et des idées que j'ai toujours soutenues.

Sur 83 malades, la mortalité opératoire a été de 9 (10,84 %). Les guérisons durables ont été de 59,94 et les récidives de 47,06 %. Chez les malades opérées d'une façon précoce (17), j'ai eu une mort, deux récidives et quatorze guérisons. Ce sont là des résultats magnifiques et même inespérés.

Dans ces dernières années, j'ai presque toujours fait faire des applications post-opératoires de radium. Résultat : Les malades qui ont eu du radium ont récidivé dans la proportion de 50 % et celles qui n'en ont pas eu dans la proportion de 39 % seulement. Ce résultat paradoxal montre combien la question est encore incertaine et avec quelle prudence nous devons nous avancer sur ce terrain.

Cancers à évolution rapide greffés sur des fibromes utérins, au cours du traitement radiothérapique (Discussion sur rapport de P. Delbet). *Soc. chir.*, 14 janvier 1920.

La radiothérapie des fibromes utérins. *Bull. Soc. gyn. et obst.*, 9 février 1920, p. 14-16.

Dans cette communication, j'insiste pour la première fois sur les *bons effets du radium dans les fibromes utérins*. Je cite un assez grand nombre de guérisons à peu près parfaites, et j'exprime ma conviction de voir beaucoup de malades échapper à l'avenir, mieux que par la radiothérapie, au traitement chirurgical.

On comprend, sans que j'aie besoin d'insister, l'importance capitale de cette question, *que j'ai été le premier à soulever* à la Société de Chirurgie.

Cure des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 25 février 1920, p. 335.

Hystérectomie dans l'infection puerpérale. *Bull. Soc. chir.*, 10 mai 1920, p. 178-184.

Sur le traitement du cancer du col par l'hystérectomie large. *Bull. Soc. chir.*, 2 juin 1920, p. 836 ; *id.*, 9 juin 1920, p. 872.

Traitement chirurgical du cancer du col utérin. *Bull. Acad. de méd.*, 28 décembre 1920, p. 376.

1921

Incision du col au cours du travail (Discussion). *Bull. gyn. et obst.*, 10 janvier 1921. p. 16.

L'emploi du radium dans le cancer de l'utérus après laparotomie (Discussion Proust). *Bull. Soc. chir.*, 22 juin 1921, p. 899.

De l'hystérectomie dans les infections aiguës (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*, *Presse méd.*, 12 octobre 1921. p. 818.

Curiethérapie des fibromes utérins (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*, *Presse méd.*, 15 octobre 1921. p. 829.

Curiethérapie dans le cancer du col et du corps de l'utérus (Discussion). *Congrès des gyn. et obst. de langue française*. *Presse méd.*, 22 octobre 1921. p. 850.

1922

Myomectomie et gestation (Discussion). *Soc. gyn. et obst.*, 13 février 1922, p. 75.

Myomectomie au cours de la grossesse (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 29 mars 1922, p. 504.

Utérus fibromateux traité par les rayons X (Discussion). *Bull. Soc. chir.*, 29 mars 1922, p. 511.

Hystérectomie pour cancer du col utérin. *La Pratique chirurgicale illustrée*, avril 1922.

Description de ma technique personnelle dans la publication de Victor Pauchet.

Radiothérapie des fibromes (Importante communication). *Bull Soc. chir.*, 3 mai 1922, p. 644-655.

Sur l'association de la chirurgie et du radium dans le cancer utérin (Discussion). *Soc. chir.*, 10 mai 1922, p. 668.

Sur la radiothérapie des fibromes (Discussion). *Soc. chir.*, 31 mai 1922, p. 791.

1923

Traitement du cancer utérin par hystérectomie et curiethérapie (Discussion). *Soc. chir.*, 2 mai 1923, p. 641.

Résultats d'une série de fibromes utérins traités par la curiethérapie (Discussion Mad. Fabre). *Soc. gyn. et obst.*, 14 mai 1923, p. 184.

Traitement du cancer du col utérin. Conférence faite à la Faculté de médecine avec projection cinématographique. *Presse méd.*, 23 mai 1923, p. 461.

Discussion sur les modes d'anesthésie en gynécologie. Congrès de Genève, août 1923, *Presse méd.*, 23 septembre 1923, p. 824.

Absence congénitale du vagin, opération de Baldwin (Discussion). *Soc. chir.*, 21 octobre 1923, p. 1225.

Interventions sur les prolapsus génitaux (Discussion). Congrès de Genève, août 1913, *Presse méd.*, 13 octobre 1923, p. 867.

Le drainage systématique à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col. *Soc. gyn. et obst.*, 10 décembre 1923, p. 522-526.

Cette communication, bientôt suivie d'une communication semblable à la Société de Chirurgie, *est d'une importance capitale*. Elle a fait faire un pas immense en même temps à la question du Mikulicz et à celle du traitement chirurgical du cancer du col, en démontrant à la fois la grande efficacité du Mikulicz dans les infections péritonéales, et la bénignité de l'opération de Wertheim exécutée dans ces conditions (voir p. 98).

Ablation du cancer du rectum (Discussion). *Soc. chir.*, 12 décembre 1923, p. 1477.

1924

Ligature de la veine iliaque primitive gauche (Discussion). *Soc. chir.*, 6 mars 1924, p. 345.

Radiothérapie du cancer du col. Résultats des cas traités à l'hôpital Broca en 1920, 1921, 1922 (Discussion Douay). *Soc. gyn. et obst.*, 12 mai 1924, p. 341-345.

Cancer du col utérin. Opération, Radium ou association. (En collaboration avec E. Douay). *Soc. gyn. et obst.*, 12 mai 1924, p. 341-345.

Sur l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col. *Bull. Soc. chir.*, 14 mai 1924, p. 613-623.

Communication capitale (voir ci-dessus).

Présentation d'un film cinématographique sur l'hystérectomie large pour cancer du col. *Bull. Soc. chir.*, 21 mai 1924, p. 658.

Ce film, présenté à la demande de quelques-uns de mes collègues, est celui dont il est question au début de cet exposé, à propos du Cinéma.

Traitement de l'infection puerpérale post-abortum (Discussion). *Soc. chir.*, 11 juin, 2 et 9 juillet 1924, p. 712.

Association du traitement chirurgical et de la curiethérapie. *Soc. gyn. et obst.*, 13 octobre 1924, p. 523-525.

Traitement chirurgical des fibromes (Discussion, Congrès de Chirurgie). *Presse Méd.*, 15 octobre 1924, p. 823.

La lutte contre le cancer du col utérin. *Académie de méd.*, 21 octobre 1924, p. 1040-1045.

Le drainage systématique dans l'hystérectomie pour cancer du col. Congrès de chirurgie. *Presse méd.*, 1er novembre 1924, p. 860.

Quatre observations de césariennes suivies d'extériorisation de l'utérus (Discussion Cleiz). *Soc. gyn. et obst.*, 10 novembre 1924, p. 728.

Je conseille de remplacer l'extériorisation par l'application d'un Mikulicz sur la face antérieure de l'utérus réintégré dans l'abdomen.

Si je ne me trompe, ce conseil a été généralement suivi par les accoucheurs.

A propos de la conduite à tenir chez les malades atteintes d'affections post-abortum (Discussion Alglave). *Soc. chir.*, 26 novembre 1924, p. 1086.

A propos de curettage dans l'infection puerpérale. *Soc. chir.*, 3 décembre 1924, p. 1098.

Applications intra-vaginales de radium (Discussion Grégoire). *Soc. chir.*, 10 décembre 1924, p. 1142.

1925

La chirurgie du cancer de l'utérus. Journées médicales marocaines, Casablanca, 26-29 décembre 1924. *Presse méd.*, 24 janvier 1925, p. 163.

Traitement du prolapsus utéro-vaginal total par l'opération de Le Fort (Discussion P. Brocq). *Soc. obst et gyn.*, 9 février 1925.

Césarienne suivie d'extériorisatlon temporaire de l'utérus. *Soc. obst. et gyn.*, 9 février 1925.

Cas de mort par rachianesthésie chez une femme enceinte (Discussion Brindeau). *Soc. gyn. et obst.*, 9 mars 1925.

Grossesse de six mois. Salpingite insoupçonnée, péritonite généralisée. Opération. Guérison (Discussion Capelle et Sureau). *Soc. obst. et gyn.*, 9 mars 1925.

L'hystérectomie large dans le cancer de l'utérus (Discussion de Fourmestraux). *Soc. chir.*, 8 juillet 1925, p. 835.

Section de l'uretère dans une hystérectomie pour gros fibrome (Discussion rapport Marion). *Soc. chir.*, 28 octobre 1925.

1926

Torsion intra-abdominale de la trompe saine (Discussion Rocher et Jeanneney). *Soc. chir.*, 10 mars 1926, p. 297.

L'épithélioma du col restant après hystérectomie (Discussion Jeanneney). *Soc. chir.*, 17 mars 1926, p. 337.

A propos du cancer du col utérin. Métastase éloignée après curiethérapie. *Soc. chir.*, 17 mars 1926, p. 346.

J'ai constaté souvent, et je crois être le premier à avoir attiré l'attention sur ce point, que le radium provoque parfois des phénomènes d'excitation et des métastases éloignées, qui sont assez communes et qui ne se voyaient jamais autrefois.

Discussion sur la curiethérapie du cancer utérin. Congrès de Rome, 7-10 avril 1926. *Presse méd.*, 21 avril 1926, p. 505.

Torsion axiale d'un utérus fibromateux (Discussion Auvray). *Soc. chir.*, 11 mai 1926, p. 544.

L'épithélioma du col restant après hystérectomie (Discussion rapport Cadenat). *Soc. chir.*, 7 juillet 1926, p. 820.

Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (Discussion. Congrès français de chirurgie). *Presse méd.*, 13 octobre 1926, p. 1290.

Métastase osseuse dans un cancer du col non traité (Discussion Jeanneney). *Soc. chir.*, 10 novembre 1926, p. 1031.

1927

Note sur deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale (Discussion. Rapport Descamps). *Soc. chir.*, 2 mars 1927, p. 317.

Du traitement préventif des phlébites après hystérectomie pour fibromes par les auto-vaccins (Discussion. Rapport Proust). *Soc. chir.*, 20 mars 1927, p. 522.

Cancer inopérable du col. Curiethérapie, guérison locale, métastase dans les deux fémurs (Discussion. Rapport Proust). *Soc. chir.*, 19 octobre 1927, p. 1116.

1928

Traitement de la forme pyohémique de l'infection puerpérale (Discussion). *Acad. méd.*, 24 janvier 1928, p. 531.

A propos de la myomectomie (Discussion). *Soc. chir.*, 28 mars 1928, p. 531.

Le radio-diagnostic de l'état des trompes par injection intra-utérine de lipiodol (Discussion Proust et Béclère). *Soc. chir.*, 9 mai 1928, p. 707.

Valeur comparative des opérations pour fistules vésico-vaginales (Discussion Lefranc). *Soc. chir.*, 11 juillet 1928, p. 1030.

Sur l'incision transversale dans la laparotomie. *Presse méd.*, 10 octobre 1928, p. 1281.

Discussion sur la rachianesthésie. Congrès de chirurgie. 1928. *Presse méd.*, 17 octobre 1928, p. 1319.

A propos de l'incision transverse dans la laparotomie. *Presse méd.*. 31 octobre 1928. p. 1389.

Amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie pour cancer postérieur du vagin (Présentation de pièces). *Soc. chir.*, 7 novembre 1928, p. 1208.

1929

Cancer du col après hystérectomie supra-vaginale (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 12 mars 1929, p. 205.

Rétention partielle post-partum (Discussion Desnoyer). *Soc. obst. et gyn.*, 12 mars 1929, p. 210.

Radiumthérapie du cancer du col (Discussion Gajey et Rubens-Duval.) *Soc. obst. et gyn.*. 13 mai 1929, p. 317.

Métastase cancéreuse après curiethérapie du col (Discussion Guibal). *Soc. chir.*, 8 mai 1929, p. 671.

Examen au lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus (Discussion Douay). *Soc. obst. et gyn.*, 8 juillet 1929, p. 450.

Sarcome de l'utérus et traitement roentgenthérapique (Discussion Béclère). 9 décembre 1929, p. 683.

1930

Sur l'aggravation des tumeurs de l'ovaire par la radiothérapie (Présentation de pièces). *Soc. obst. et gyn.*, 6 janvier 1930, p. 43.

Sur l'aggravation des tumeurs de l'ovaire par la radiothérapie (Réponse à A. Béclère). *Soc. obst. et gyn.*, 3 février 1930, p. 105.

Deux cas d'épithéliomas d'origine cervicale (Discussion Petit-Dutaillis). *Soc. obst. et gyn.*, 3 février 1930, p. 115.

L'épithéliomae du col restant après hystérectomie subtotale (Discussion). *Soc. chir.*, 7 mai 1930, p. 59.

Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. *Presse méd.*, 24 mai 1930, p. 705.

Cancer du col de l'utérus avec film. Congrès de Niagara-Falls, et Congrès de Montréal, 15-20 septembre 1930.

1931

Tumeurs malignes de l'ovaire après radiothéraphie. *Soc. obst. et gyn.*, 2 février 1931, p. 115.

Polype adénomateux du col utérin avec début de transformation cancéreuse (Discussion Bonnet et Bulliard). *Soc. obst. et gyn.*, 2 février 1931. p. 130.

Carcinome de l'ovaire. Radiothéraphie post-opératoire des cancers ovariens (Discussion Cl. Béclère). *Soc. obst. et gyn.*, 2 mars 1931, p. 164.

Sur la présence du staphylocoque dans le pharynx des femmes enceintes (Discussion Brindeau). *Soc. obst. et gyn.*, 2 mars 1931, p. 171.

Grossesse tubaire diagnostiquée par l'épreuve d'Asheim et Zondek (Discussion Proust et Lejeune). *Soc. chir.*, 17 juin 1931, p. 958.

Le traitement du cancer de l'utérus (Réponse à Leveuf). *Soc. chir.*, 1er juillet 1931, p. 1029-1043.

1932

Perforation de l'utérus au cours du curettage (Discussion). *Soc. obst. et gyn.*, 7 mars 1932.

Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col de l'utérus. *Ac. Méd.*, 12 avril 1932, p. 483.

La guérison définitive du cancer du col utérin. *Presse méd.*, 16 avril 1932, p. 585.

La guérison définitive du cancer du col utérin. Réponse au Prof. Regaud. *Ac. Méd.*, 17 mai 1932, p. 649.

La guérison définitive du cancer du col utérin. Deuxième réponse au Prof. Regaud. *Ac. Méd.*, 7 juin 1932, p. 755.

Le traitement du cancer du col de l'utérus. *Bull. Soc. Chir.*, juin 1932.

Le traitement du cancer du col de l'utérus. *Soc. chir.*, 26 octobre 1932, p. 1289 à 1300.

Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col de l'utérus. *Soc. obst. et gyn.*, 2 mai 1932.

Hernie de l'utérus gravide de 5 mois à travers l'anus, par Brandaõ Filho (Rapport). *Soc. chir.*, 15 juin 1932.

Fibromes et Rayons X (Discussion R. Bernard). *Soc. obst. et gyn.*, 6 juin 1932.

1933

Hystérectomie totale et subtotale. *Presse méd.*, 14 janvier 1933.

OPÉRATIONS NOUVELLES
PROCÉDÉS OPÉRATOIRES ORIGINAUX

Je crois devoir réunir dans un chapitre spécial les opérations nouvelles ou les procédés originaux que j'ai décrits et exécutés. Ils sont d'ailleurs signalés dans l'ordre chronologique de mes publications.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Sur une nouvelle méthode d'oblitération des plaies intestinales. *Bull. Soc. anat.*, 12 avril 1895 et *Mercredi médical*, 17 avril 1895.

Il s'agissait de fixer les lèvres de la plaie intestinale en adossant les séreuses au moyen d'une pince appropriée, abandonnée ensuite dans l'intestin. Méthode peu pratique et justement oubliée.

Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied. *Presse méd.*, 13 février 1897.

Cette opération, indiquée dans les destructions de l'avant-pied par traumatismes, gelures, tuberculose du métatarse, etc., consiste dans une amputation de l'avant-pied avec arthrodèse tibio-tarsienne. L'incision est calquée sur celle de l'opération de Pasquier-Le Fort, mais elle est placée un peu plus haut. La tranche de section osseuse porte sur l'extrémité inférieure du squelette jambier, en haut, et en bas sur l'astragale, au lieu que dans l'opération de Pasquier-Le Fort, elle porte sur le calcanéum.

L'opération nouvelle a sur l'opération de Pasquier-Le Fort les avantages suivants : Raccourcissement de la jambe moins grand de trois centi-



Fig. 1.



Fig. 2.

mètres environ — Souplesse du moignon plus considérable, à cause de la conservation de l'articulation sous-astragalienne.

A propos de cette opération (Réponse à des critiques de M. le Prof. Hergott). *Presse méd.*, 27 février et 13 mars 1897.

Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 21 juillet 1897.

Ce procédé, que j'ai appliqué plusieurs fois, m'a donné des résultats excellents. Il permet d'enlever largement le cancer tout en maintenant la continuité et la solidité du maxillaire.

Sur un nouveau procédé de cure des hernies sans fils perdus. *Presse méd.*, 28 janvier 1898.

Ce procédé, conçu à une époque où les suppurations n'étaient pas rares à cause de l'imperfection de la stérilisation des fils, n'a plus de raison d'être.

Il consistait dans la section longitudinale du sac, lorsque ce sac avait une certaine importance. Les deux lambeaux ainsi obtenus étaient passés alternativement dans les piliers du canal inguinal et formaient une suture en lacets de bottines, suture vivante que j'ai employée plusieurs fois avec succès, mais qui aujourd'hui n'a plus d'intérêt.

Sur un nouveau procédé de gastro-entérostomie. La gastro-entérostomie par invagination. *Congrès de chirurgie*, octobre 1897.

Procédé valvulaire destiné à éviter le circulus viciosus.

Sur une modification à la gastro-entérostomie par invagination. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, février 1898.

Modification du procédé précédent, en employant l'écraseur.

Ce procédé, avec ses modifications, ne présente aucun avantage sérieux sur les procédés courants. Je l'ai abandonné depuis très longtemps.

Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. hebd.*, 16 février 1898.

Ce procédé, inspiré par le désir de supprimer les fils perdus, qui étaient à cette époque une cause fréquente de suppuration, consistait à tailler le long de la ligne blanche des bandelettes fibreuses qu'on passait alternativement dans le bord des aponévroses comme des fils de suture. Il m'a donné plusieurs fois de bons résultats. Comme le procédé de cure radicale des hernies indiqué plus haut, et pour les mêmes motifs, il n'a plus de raison d'être.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale consécutive à un traumatisme intra-rocheux. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. *Acad. de méd.*, février 1898, *Gaz. des hôp.*, 8 mars 1898 (en collaboration avec le Dr F. Furet.

Il s'agit dans cet article de la première description d'une opération qui a depuis donné lieu à de très nombreuses interventions, à des travaux et à des recherches considérables. Un grand nombre de succès thérapeutiques sont venus démontrer la justesse des vues que j'émettais à cette époque. C'est une opération qui, aujourd'hui, est devenue classique et est acceptée de tous.

La paralysie faciale par destruction du tronc du nerf facial dans le rocher est une affection qui, jusqu'à ma première publication, passait pour incurable.

J'ai pensé qu'on pouvait espérer la guérir en anastomosant le bout périphérique du nerf facial avec un tronc nerveux voisin. J'ai fait à ce

sujet des recherches anatomiques, étudié un procédé opératoire, et réglé dans ses moindres détails la technique de cette opération.

Le tronc choisi est la branche trapézienne du spinal. C'est celui qui me paraît le meilleur. Mais j'ai également employé la branche sterno-mastoïdienne. D'autres chirurgiens ont choisi l'hypoglosse. Bref, il y a eu d'assez nombreuses variantes. Mais aucun ne s'éloigne sensiblement de l'opération fondamentale, que j'ai décrite et exécutée pour la première fois le 25 janvier 1898.

Voici brièvement résumés quels sont les temps principaux de cette opération. Le tronc du facial est recherché dans l'épaisseur de la parotide, puis sectionné à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, sur la base de l'apophyse styloïde. On va chercher le nerf spinal, vers le tiers supérieur du sterno-mastoïdien, auquel il donne des branches. On sectionne la branche trapézienne au moment où elle s'enfonce dans le muscle. Il ne reste plus qu'à la recourber vers le haut, à l'amener à la rencontre du tronc du spinal et à suturer avec soin les extrémités nerveuses. La régénération du bout central du facial se fait au dépens des cylindraxes du spinal; une adaptation fonctionnelle, bien étudiée par divers auteurs, ne tarde pas à se faire.

Cette opération délicate, mais élégante et relativement facile, a donné de nombreux succès et a rendu de grands services.

L'extirpation de l'œsophage thoracique. *Presse méd.*, 14 mars 1903 (Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, 12 décembre 1902.)

Dans cette leçon je donne la description technique de l'extirpation de l'œsophage thoracique, — telle que je devais l'exécuter à la fin de la séance.

Cette opération qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie, le 27 décembre 1902, et d'un rapport de Tuffier, le 28 janvier 1903, est la première qui ait jamais été menée à bien sur le vivant.

Jusqu'à cette première opération, cette extirpation passait pour impossible. Elle avait été tentée, en particulier, par Rehn, qui avait dû l'abandonner. Je m'occupais beaucoup à cette époque des grandes interventions dirigées contre le cancer, ainsi qu'en témoigne la liste de mes publications de 1898 à 1905 environ, et, ayant rencontré un malade qui présentait un cancer de l'œsophage endothoracique, derrière la base du cœur, je pensai qu'il était légitime d'essayer de le guérir. J'étudiai un procédé

opératoire approprié et je pus pratiquer cette opération sans rencontrer de difficultés véritables, en suivant de point en point la technique que j'avais établie sur le cadavre.

On ne peut songer à extirper un segment de l'œsophage et à suturer les deux bouts d'une façon efficace. Il faut donc aboucher le bout supérieur au cou et abandonner le bout inférieur, qu'on peut traiter de plusieurs façons : ligature simple, abouchement à la peau, invagination dans l'estomac. La gastrostomie préalable est, bien entendu, nécessaire. Il faudra donc agir à la fois du côté du cou et du côté du thorax. Ceci dit, le principe sur lequel repose l'opération est le suivant : Pour se donner un jour extraordinaire sur le médiastin postérieur et les organes qui y sont contenus, à commencer par l'œsophage, il suffit de *couper tout ce qu'il y a entre la peau et ces organes*. Il faut, pour y parvenir, combiner la voie cervicale avec la voie thoracique, mais en faisant sauter la partie postérieure des côtes supérieures *y compris la première*, qui jusque-là avait été, je ne sais pourquoi, respectée par tous les chirurgiens qui avaient cherché à aborder l'œsophage dans le thorax.

Tant que la première côte est intacte, en effet, il est impossible d'écarter de la colonne vertébrale le sommet du poumon et d'agir à la fois sur la portion cervicale de l'œsophage et sur la portion thoracique. Elle s'oppose invinciblement à toute tentative d'exploration sérieuse des organes du médiastin postérieur, et à plus forte raison à toute manœuvre chirurgicale un peu délicate. Dès que la première côte est sectionnée, au contraire, rien n'est plus simple que d'écarter de la colonne vertébrale le moignon de l'épaule tout entier, de repousser en dehors le sommet du poumon, et de pénétrer dans le médiastin postérieur pour l'explorer en entier, jusqu'au pédicule pulmonaire et même beaucoup plus bas, si on le juge nécessaire. Rien n'est plus facile, en prolongeant son incision vers le cou, que de combiner les manœuvres cervicales avec les manœuvres dans le médiastin et d'enlever ainsi la plus grande partie de l'œsophage thoracique.

Je me borne à ces détails qui permettent de comprendre la possibilité de l'opération, et je n'entre pas dans la description de celle-ci. Elle se passa sans aucun incident et me permit d'enlever un segment d'œsophage d'environ 12 centimètres situé en plein thorax, derrière la base du cœur.

Le malade qui avait très bien supporté l'opération succomba le lendemain à des accidents mal définis, dus sans doute à ce que j'avais cru

devoir drainer le médiastin postérieur, ce qui a provoqué des phénomènes de pneumothorax médiastinal.

Un second malade, opéré quinze jours après, est mort dans les mêmes conditions, mais après une réintervention pratiquée dans la soirée. Un suintement sanguin qui me fit craindre une hémorragie, s'étant manifesté dans la journée, je crus devoir réendormir le malade, bien qu'il fût dans un état satisfaisant. Je fis sauter la suture et je constatai qu'il n'y avait dans le médiastin aucune trace d'hémorragie. Mais je constatai également que l'aspiration de l'air par le drain à chaque inspiration entraînait des désordres respiratoires, qui me font attribuer le mécanisme de la mort à une asphyxie progressive due à l'infiltration de l'air dans le médiastin.

J'étais bien décidé à ne pas drainer si je recommençais cette opération. Les circonstances ne m'ont pas permis de le faire.

Divers chirurgiens ont tenté l'extirpation de l'œsophage en passant à travers la plèvre, dont l'ouverture et l'infection ne nous effrayent plus comme elles le faisaient à l'époque où j'ai exécuté cette opération. Les résultats obtenus ont été mauvais et j'ignore s'il y a aujourd'hui un seul succès durable. En tout cas je suis convaincu, pour diverses raisons de technique qu'il serait trop long d'exposer ici, que si on veut obtenir des succès, c'est en employant non pas la voie transpleurale, mais bien la voie cervico-thoracique que j'ai indiquée, qu'on y parviendra — à moins qu'on ne préfère s'abstenir — ce qui vaudrait mieux, si l'on en croit le jugement d'un homme qui, après avoir, pendant de longues années, lutté de son mieux contre les cancers les plus étendus et les plus graves, s'est convaincu que si cette terrible chirurgie donne parfois des guérisons inespérées et des satisfactions profondes, elle donne aussi bien des amertumes et des désillusions.

C'est d'ailleurs le conseil que j'ai donné au Congrès de Madrid de 1932 (voir p. 42).

La voie naso-maxillaire dans l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx (Thèse Christophle. Paris 1903). Cette thèse est faite d'après trois observations que j'ai communiquées à l'auteur. La première en date est du 5 août 1902.

J'ai exécuté dès cette époque et fait décrire dans la thèse ci-dessus un procédé d'accès dans l'arrière-cavité des fosses nasales, procédé qui

serait actuellement reconnu comme le meilleur. Le Dr Moure, de Bordeaux, a décrit le 4 octobre 1902, c'est-à-dire trois mois après mon opération, un procédé qui se rapproche du précédent, mais qui porte un peu plus haut, vers l'ethmoïde, et ne donne pas autant de jour. Mon procédé consiste dans une incision intéressant la narine et le pli naso-génien, avec, au besoin, section de la lèvre supérieure sur la ligne médiane, et débridement sur le bord inférieur de l'orbite. Cette incision laisse une cicatrice insignifiante.

La narine est écartée, la fosse nasale ouverte, et le bord osseux du maxillaire réséqué à la pince gouge de façon à agrandir suffisamment l'orifice externe de la fosse nasale correspondante. La paroi externe de la fosse nasale est enlevée avec les cornets et le sinus maxillaire est ouvert. C'est l'aisance que donne le sinus qui permet de manœuvrer et d'atteindre très facilement le naso-pharynx, pour en extirper les tumeurs qui y siègent et en particulier les polypes naso-pharyngiens.

Cette voie d'accès est supérieure à toutes les autres par sa simplicité et le peu de dégâts qu'elle cause. Elle est actuellement adoptée par tous ceux qui s'occupent de cette chirurgie un peu spéciale.

De l'extirpation du rectum par voie sacro-périnéale. (*Thèse* Petriat, Paris 1903.)

Comme le procédé opératoire précédent, celui-ci a été décrit pour la première fois dans une thèse dont j'ai fourni tous les éléments et qui renferme plusieurs observations dont la première remonte au 12 avril 1899.

J'avais cependant donné de cette méthode une description de quelques lignes dès 1898, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (Maladies de l'anus et du rectum) : Après incision et au besoin résection du coccyx et d'une partie du sacrum, on va *aborder le néoplasme par le haut*, c'est-à-dire au-dessus de ses limites, en un point où les tissus sont sains, au lieu d'aller par le bas, à la découverte des limites du néoplasme, en courant le risque de laisser, sur les parties latérales ou au point le plus élevé, quelque partie dégénérée. Quand on commence par le haut, on n'a plus qu'à enlever de haut en bas, dans une direction où la voie est libre, où les risques à courir sont à peu près nuls, tout ce qui s'étend entre le point où on se trouve et le périnée.

L'opération pratiquée de cette façon est en général d'une très grande simplicité. D'abord l'exploration de la partie supérieure de la région permet de se rendre compte de l'extension de la tumeur et de s'arrêter si on juge le mal trop étendu. Ensuite, dès que le rectum a été reconnu et saisi au-dessus de la tumeur, en ouvrant d'ailleurs le plus souvent le péritoine, on le sectionne entre deux fortes ligatures à la soie et on attire le bout inférieur vers le bas en l'isolant avec soin des tissus voisins. Il y a dans ce temps opératoire un grand avantage sur l'extirpation ascendante allant du périnée vers la profondeur : c'est l'absence d'hémorragie. On saisit, en effet, en passant, les vaisseaux hémorroïdaux, qui sont dans le méso-rectum, au niveau de leur tronc. Les branches ne saignent plus, et on arrive à terminer son opération avec quelques pinces seulement dans la plaie, de rares ligatures et une perte de sang insignifiante, au lieu des pinces nombreuses et de l'hémorragie en général abondante qui accompagnent les extirpations purement périnéales.

GYNÉCOLOGIE

Un nouveau procédé d'hystérectomie vaginale : La segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges. *Presse méd.*, 24 octobre 1896, p. 561.

Ce procédé, qui consiste à diviser transversalement l'utérus et les ligaments larges en tranches horizontales, dont le pédicule latéral, constitué par un segment du ligament large, est lié ou pincé séparément, n'est pas d'une application générale. Mais il peut rendre de grands services, en particulier lorsque l'utérus, s'abaissant difficilement au niveau de sa partie supérieure, on peut se trouver fort bien de couper transversalement la partie déjà extériorisée pour insinuer une pince de bas en haut sur le segment inabaissable situé immédiatement au-dessus.

Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale : La section médiane de l'utérus. *Presse méd.*, 10 octobre 1897.

Dans cet article, je décris pour la première fois l'hystérectomie par hémisection. Procédé d'une importance capitale, universellement adopté aujourd'hui et qui facilite singulièrement l'extirpation de l'utérus et des annexes dans les cas difficiles. C'est le procédé de choix dans les annexites suppurées et adhérentes aux parois pelviennes. Dès la publication de ce procédé, que j'ai appliqué pour la première fois, le 25 septembre 1917, sur une malade de l'hôpital Laënnec, j'ai indiqué quels étaient ses avantages : voici en effet les quelques lignes que j'écrivais à cette époque : « Ce procédé permet d'enlever vite et bien des utérus et des annexes enflammées dont la décortication par tous les autres procédés serait plus laborieuse et par conséquent plus grave. » Il est facile de comprendre les causes de cette grande simplicité : « Au lieu d'aborder la masse à extirper par sa périphérie, qui constitue la zone dangereuse, on l'aborde directement

par son centre, où l'on ne risque rien et où la voie est toujours libre :



Fig. 5. — HÉMISECTION UTÉRINE. — Le fond de l'utérus est saisi par deux pinces et sectionné sur la ligne médiane, avec de forts ciseaux droits.

coupée en deux, elle s'ouvre comme un fruit mûr, et ses deux moitiés,

libérées de leurs attaches inférieures, se déroulent, se renversent et s'énucléent avec une facilité remarquable. » Dans cette phrase, je signale



Fig. 4. — L'utérus a été sectionné jusqu'à l'isthme, sur la ligne médiane. Section transversale de la moitié droite, avec de forts ciseaux courbes.

même en passant l'importance de la libération des attaches inférieures, principe qui devait aboutir bientôt à la description d'un autre procédé : l'hystérectomie par section première du col.

L'Hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. méd.*, 7 novembre 1900, p. 1205.



Fig. 5. — La moitié droite, complètement sectionnée, est attirée en haut et en dehors. Pincement de l'artère utérine droite.

Ce procédé que j'ai appelé plus tard *Hystérectomie par décollation* (Clinique de l'Hôtel-Dieu, *Tribune méd.*, 4 juillet 1905) a connu depuis lors

une singulière fortune. Il s'inspire de ce principe que j'ai été le premier à proclamer et à répéter de mille manières, afin d'en convaincre tous

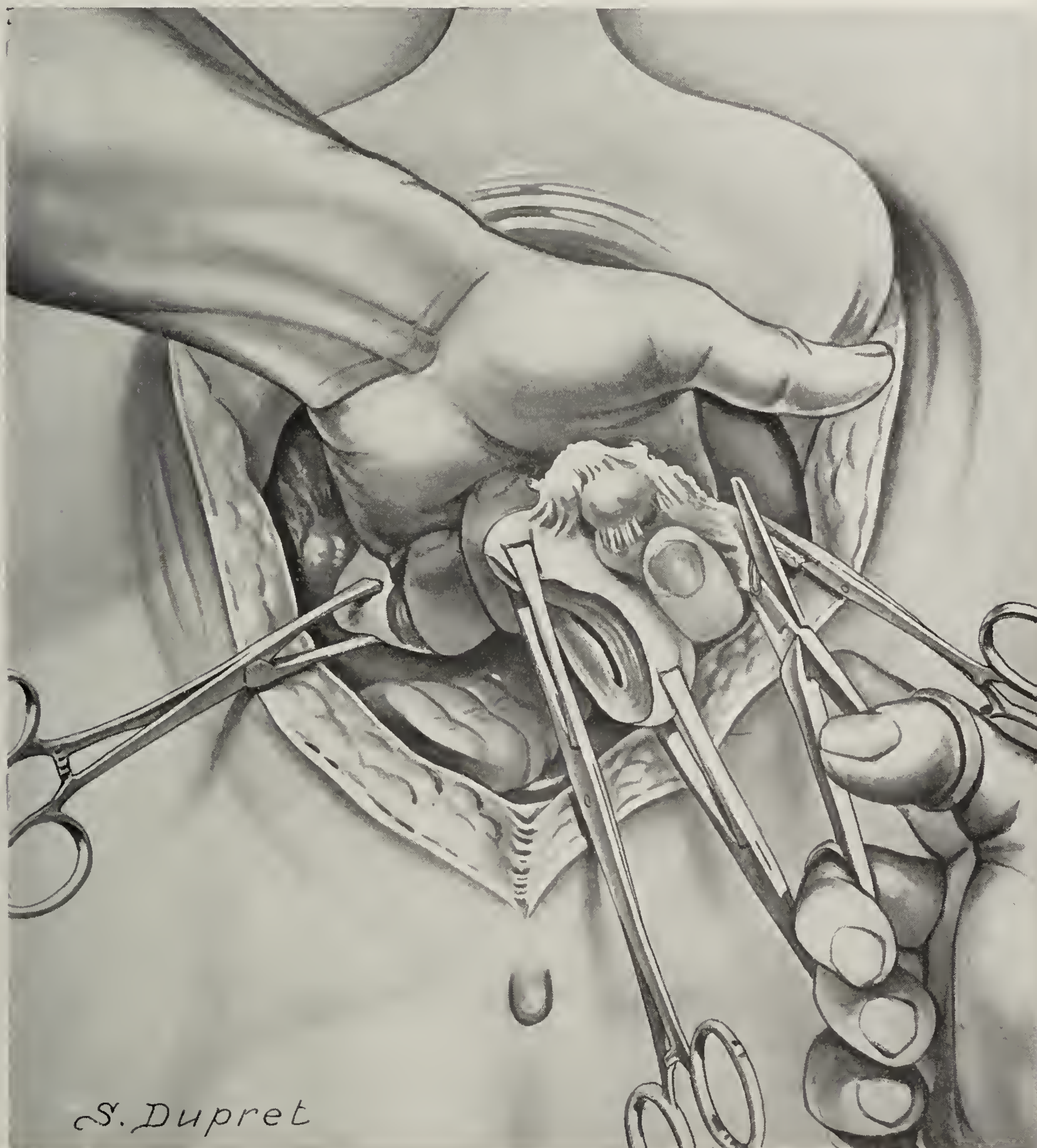


Fig. 6. — Les annexes droites sont décollées, pincées au niveau de leur pédicule externe et tranchées d'un coup de ciseaux.

ceux qui ne se refusent pas systématiquement à ouvrir les yeux, que, en dehors des adhérences pathologiques, le seul moyen de fixité sérieux de l'utérus est constitué par les insertions vaginales du col. Les ligaments larges ne comptent pas. Tant que le col est intact, l'utérus est

inébranlable. Lorsque le col est sectionné, l'utérus devient libre et son

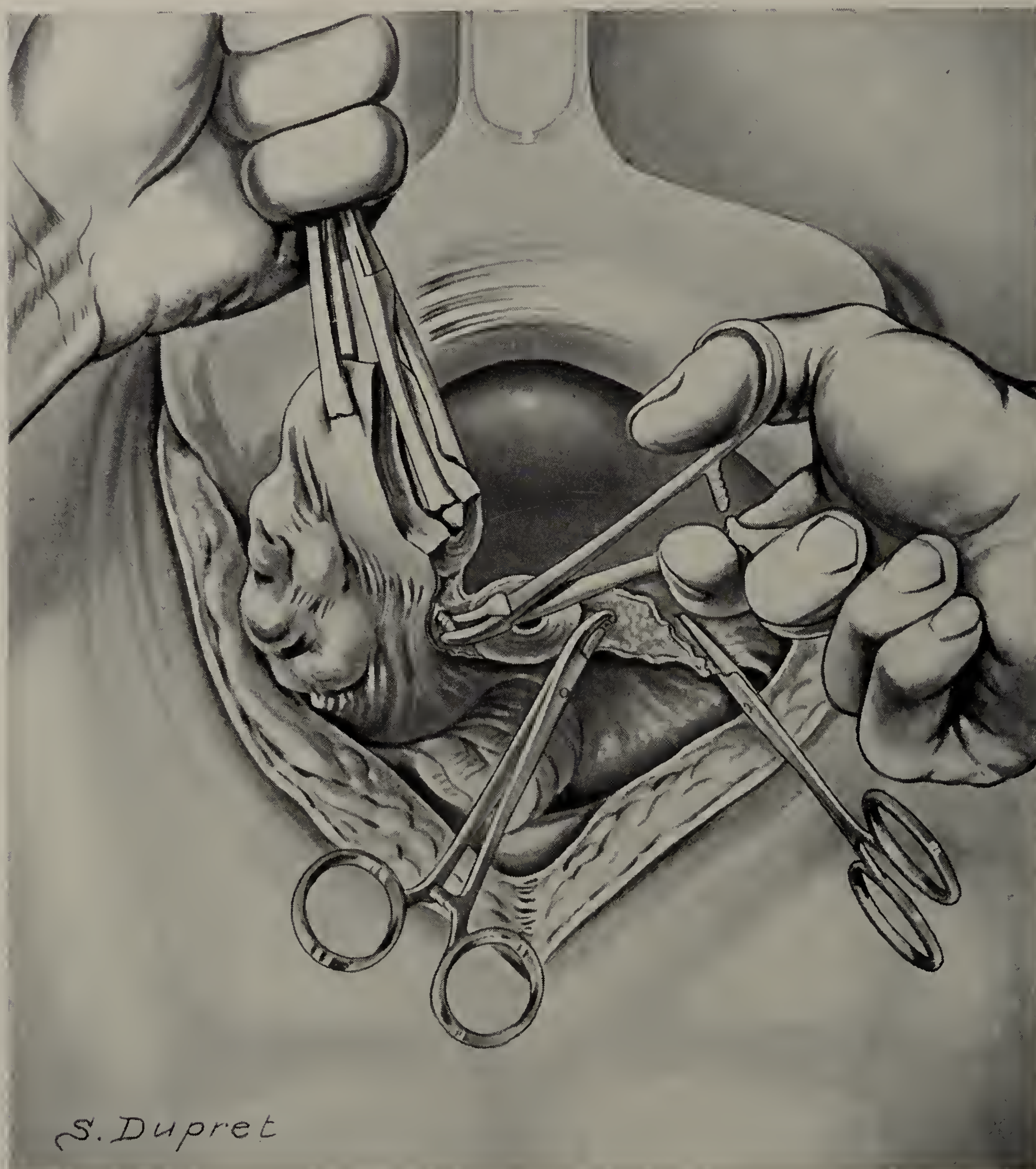


Fig. 7. — Le côté droit a été extirpé. La moitié utérine gauche a été sectionnée au niveau de l'isthme. Pincement de l'artère utérine gauche.

extirpation, en dehors, je le répète, des adhérences pathologiques, devient infiniment simple.

Le principe de la *décollation utérine* consiste donc à aller, avant tout, sectionner le col utérin.

Dans les cas simples, avec utérus mobile et facile à renverser en

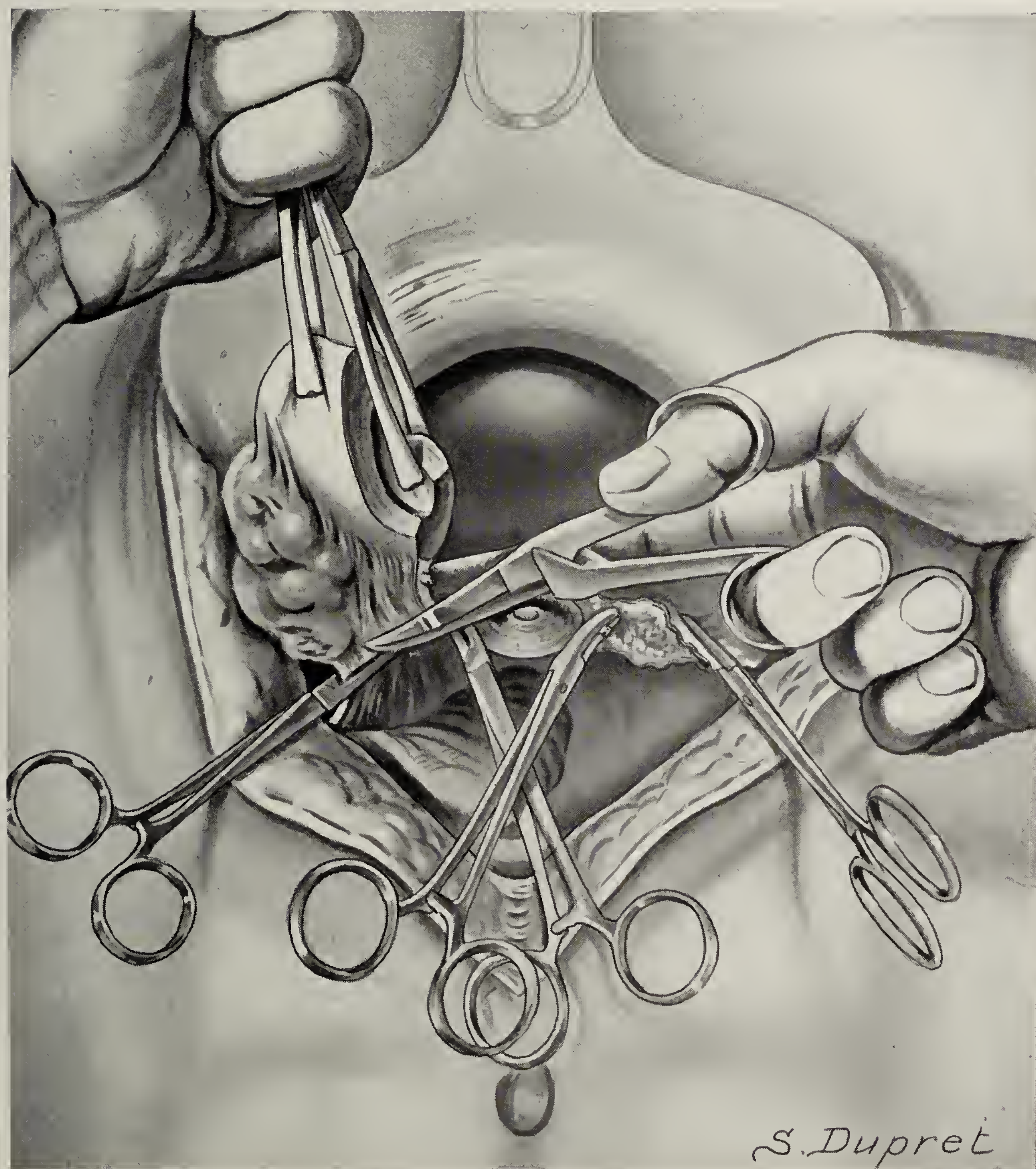


Fig. 8. — Pincement du ligament large gauche, après renversement de la moitié utérine gauche et décollement des annexes correspondantes.

avant, comme on le voit, par exemple, dans les gros fibromes, le col doit être attaqué par derrière. C'est la *décollation postérieure*. En un ou deux coups de ciseaux courbes, le col est sectionné. L'utérus se laisse immédiatement attirer en haut. Deux doigts introduits dans la brèche ainsi

faite, entre le col et le corps de l'utérus, permettent d'effondrer le cul-de-

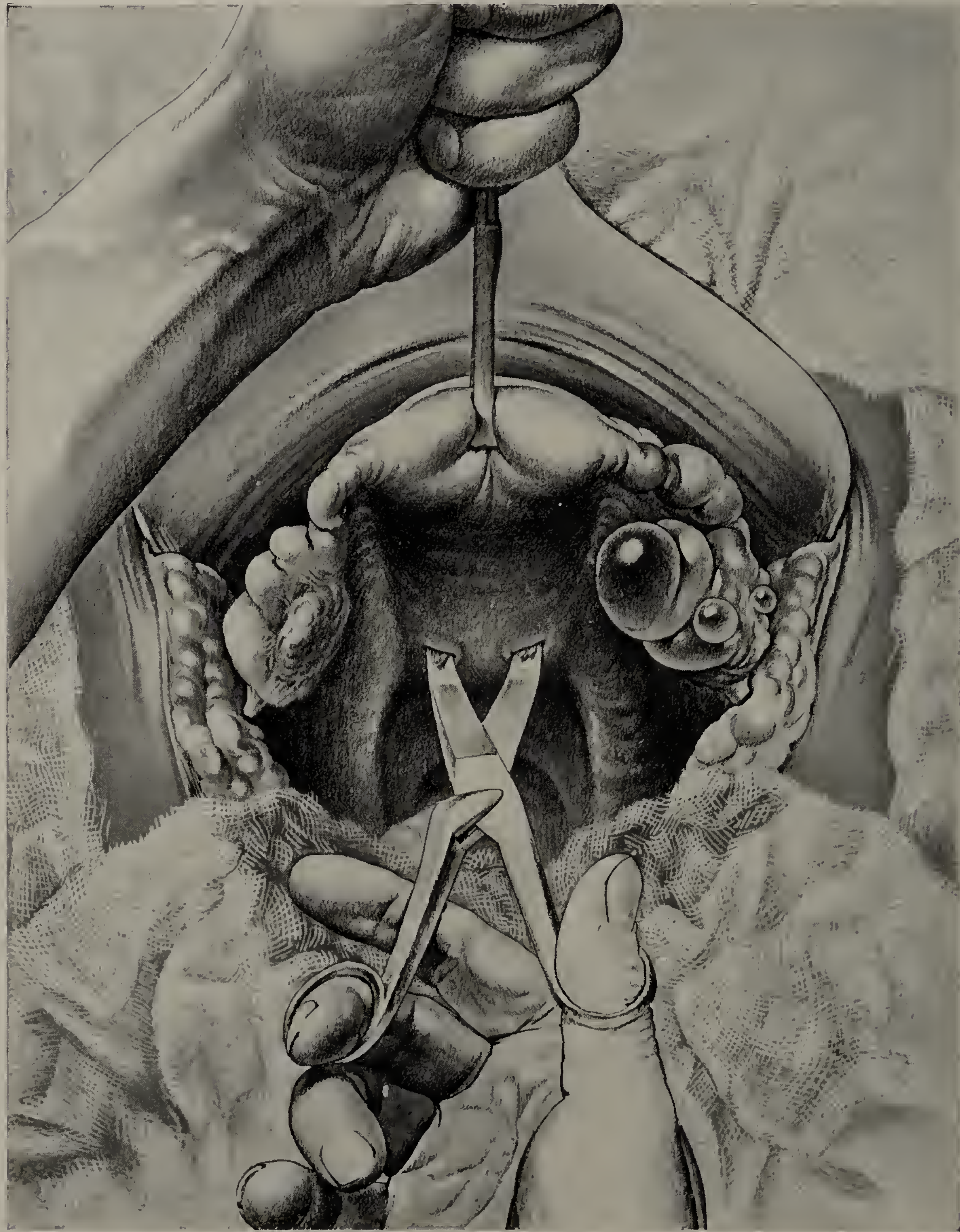


Fig. 9. — Décollation postérieure : L'utérus est attiré en avant. Section de l'isthme utérin avec les ciseaux courbes.

sac péritonéal antérieur, vésico-utérin. Le ligament large droit est ramassé dans la main gauche, saisi avec une forte pince et sectionné.

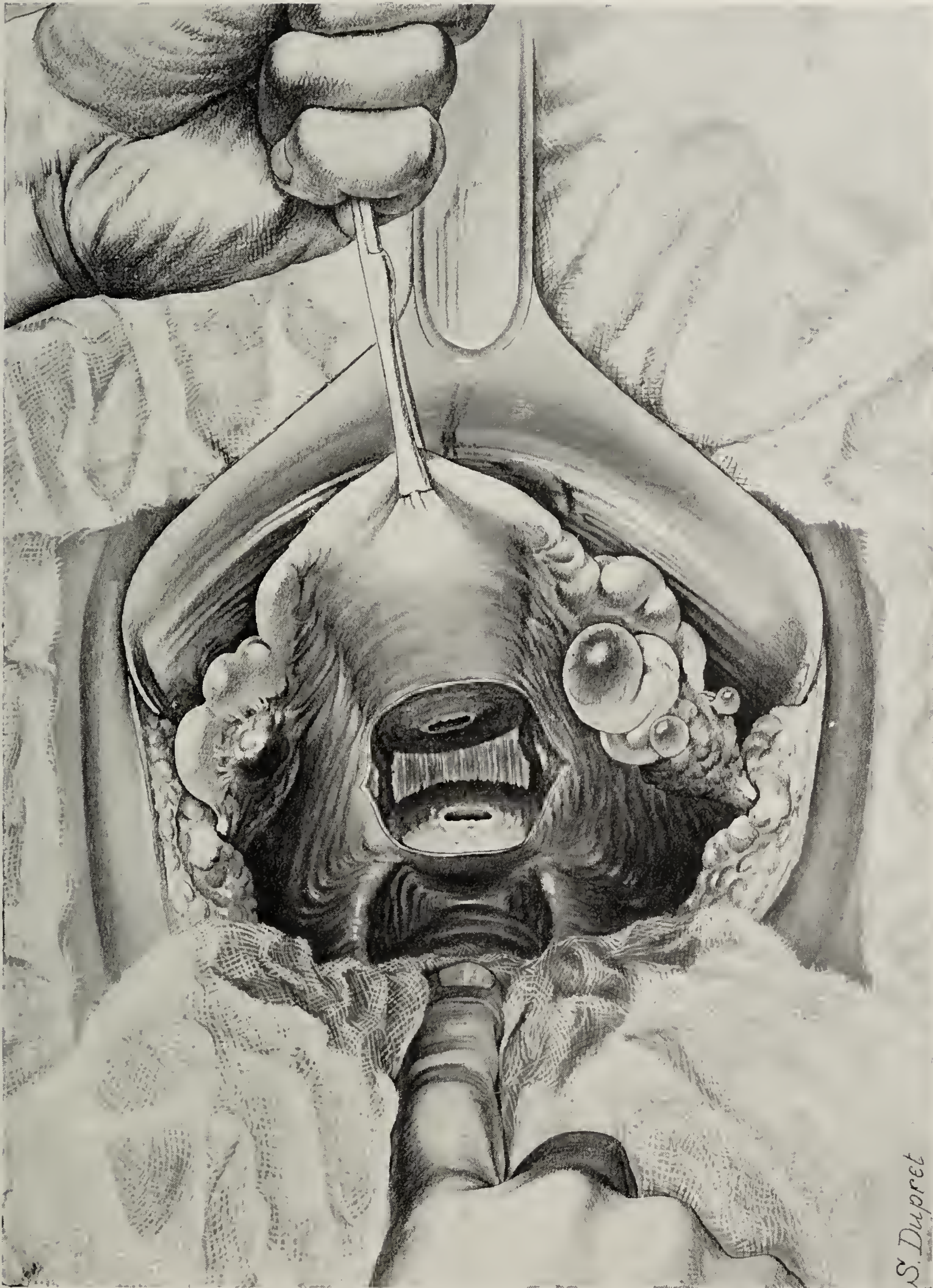


Fig. 10. — Le col a été sectionné. On aperçoit. à chaque angle de l'incision, l'artère utérine intacte. En avant le feuillet péritonéal antérieur.

L'utérus se renverse à gauche, le ligament large gauche se déroule. Il

est saisi avec une pince et tranché d'un coup de ciseaux. Il ne reste plus

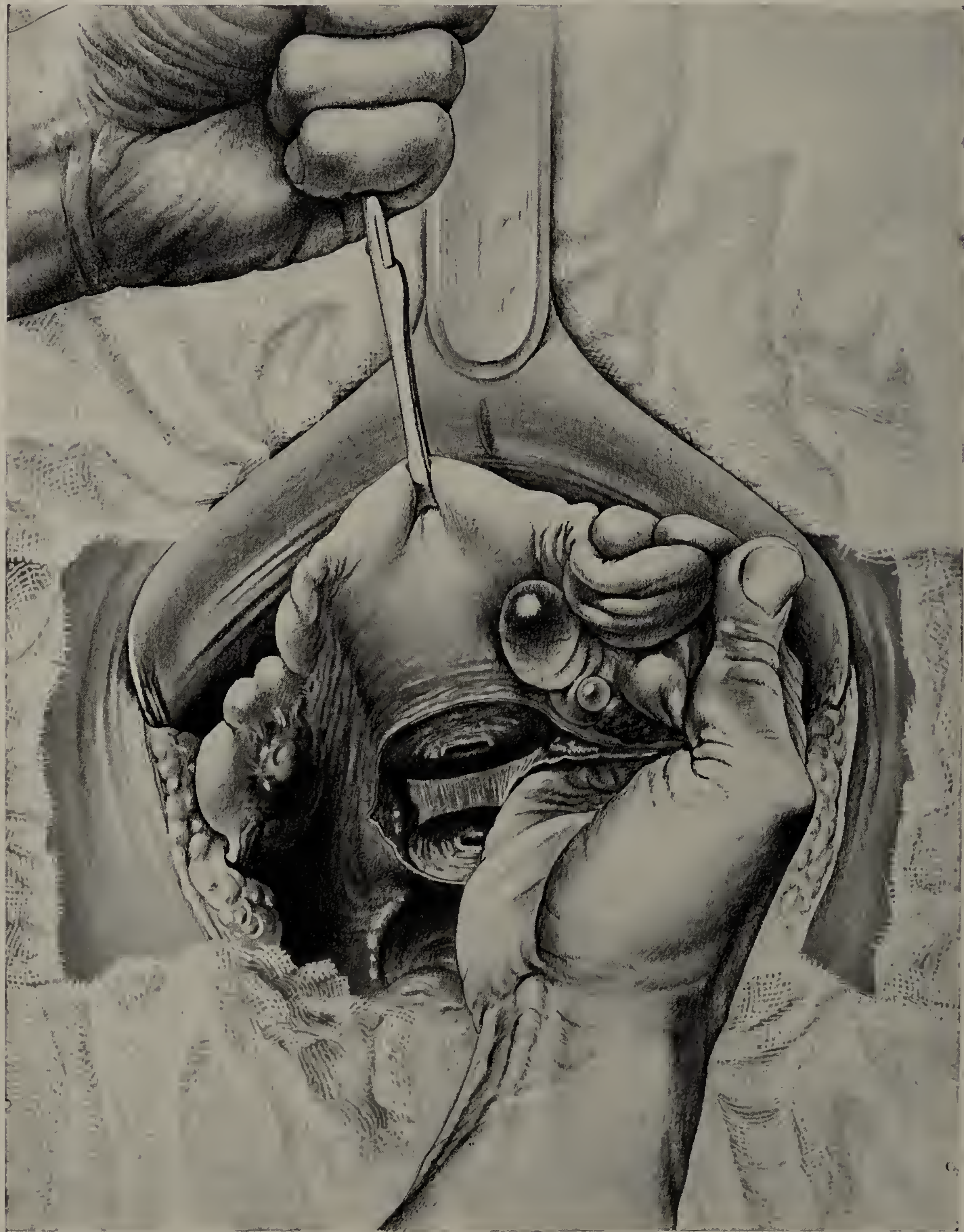


Fig. 11. — Effondrement du feuillet antérieur du ligament large.

qu'à terminer l'opération comme dans tous les procédés (fig. 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Cette opération est extraordinairement rapide et permet d'enlever l'utérus en quelques secondes. Mais ce procédé n'est facilement appli-



Fig. 12. — La main gauche pédiculise le ligament large droit qu'on saisit avec une pince.

cable que dans les cas simples où tous les procédés sont bons, et où le meilleur est à mon avis le procédé américain H. A. Kelly.

Mais il n'en est pas de même de la *décollation antérieure*. Celle-ci, au contraire, est un procédé de nécessité, et qui rend les plus grands ser-

vices dans certains cas difficiles — utérus en rétroflexion adhérente, avec

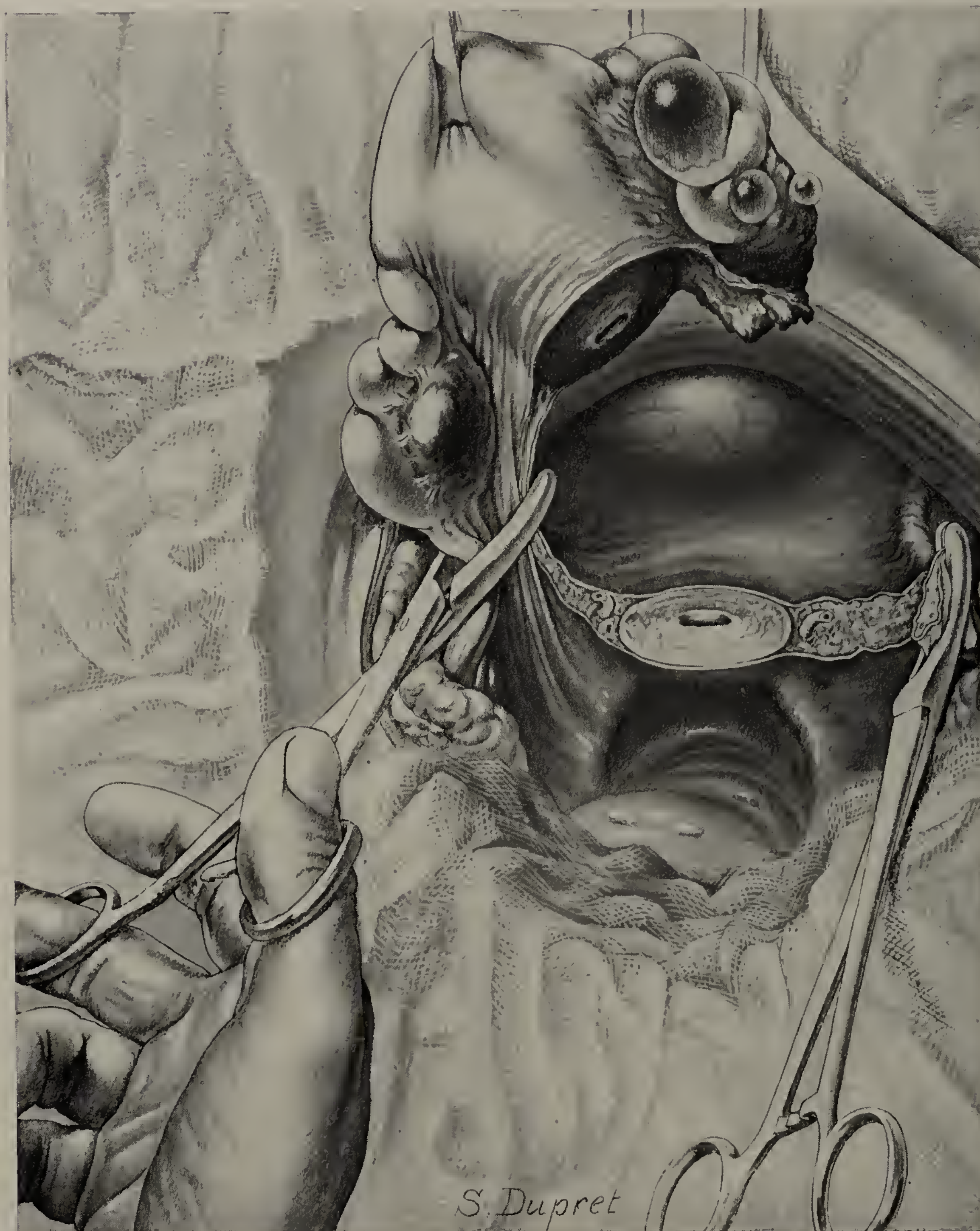


Fig. 15. — Le ligament large droit a été sectionné. L'utérus est basculé à gauche. On aperçoit les deux artères utérines rompues.

fond inaccessible. Dans ces conditions, on sectionne le col, d'avant en arrière, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Le col étant sectionné, on

peut alors attirer l'utérus vers le haut, insinuer la main d'avant en arrière au-dessous du bloc utéro-annexiel, et, après avoir sectionné les ligaments

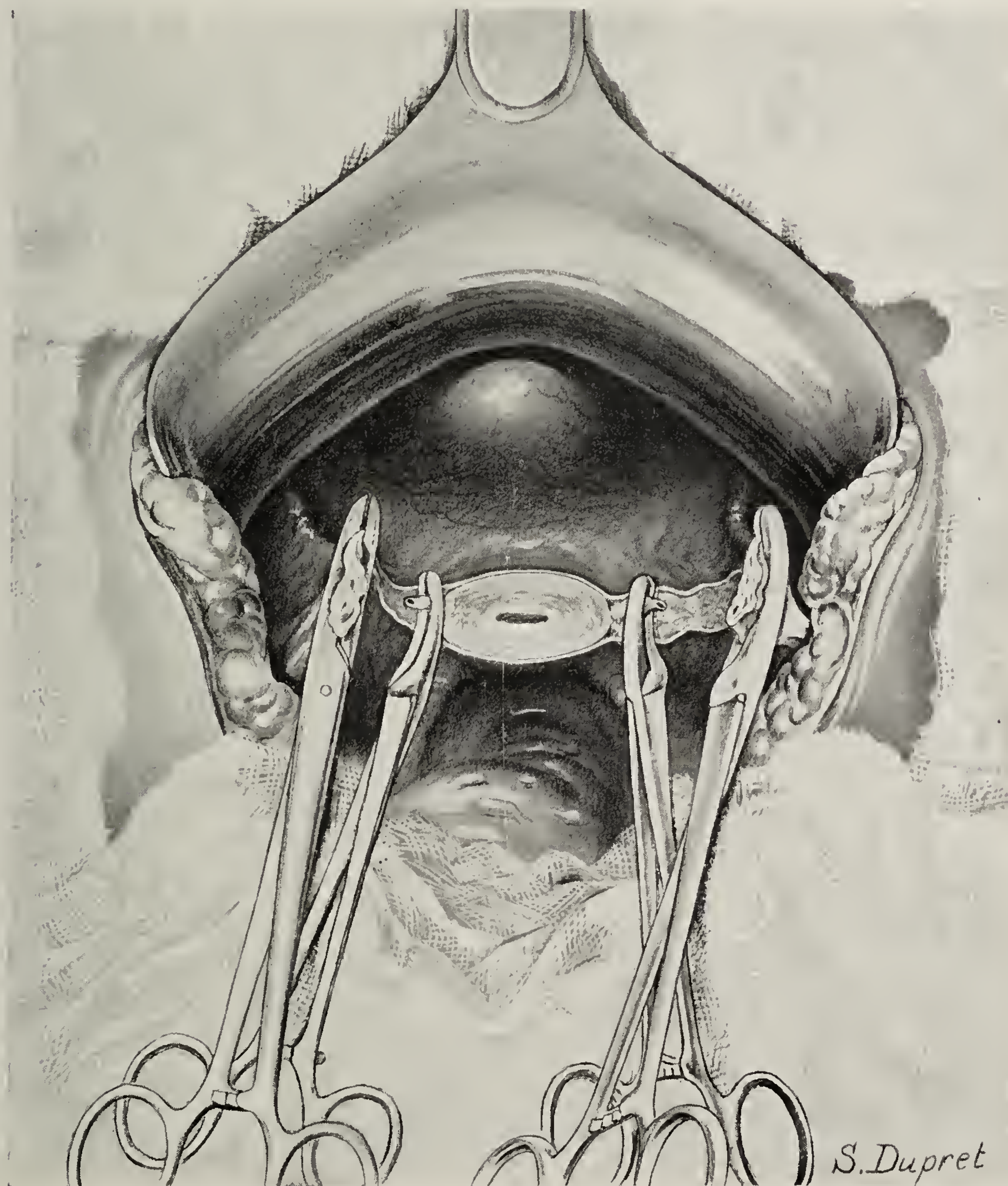


Fig. 14. — L'extirpation est terminée. Les deux artères utérines ont été pincées.

ronds qui résistent un peu, on parvient en général, facilement, à énucléer et à décoller des annexes inaccessibles.

Ce procédé, qui est excellent dans ce cas particulier, a paru si remarquable à divers chirurgiens, au premier rang desquels il faut mettre de Martel, Ricard et Louis Bazy, qu'ils veulent en généraliser l'emploi et



Fig. 15. — Décollation antérieure. Coupe médiane antéro-postérieure. L'utérus et les annexes, soudés aux parties profondes, ne peuvent être attirés en avant. Le col a été sectionné d'avant en arrière. La main pénètre dans le Douglas, derrière l'utérus, et va décoller les annexes de bas en haut.

l'appliquer à toutes les hystérectomies pour suppurations pelviennes. Ils me font beaucoup d'honneur. Mais ils vont trop loin. Dans les cas simples, le procédé de Kelly est le meilleur; dans les cas difficiles, avec fond de l'utérus accessible, l'hémisection utérine est préférable. Mais

dans les cas difficiles avec utérus rétrofléchi irréductible, la décollation antérieure est supérieure à tous les autres procédés. (Voir plus loin la

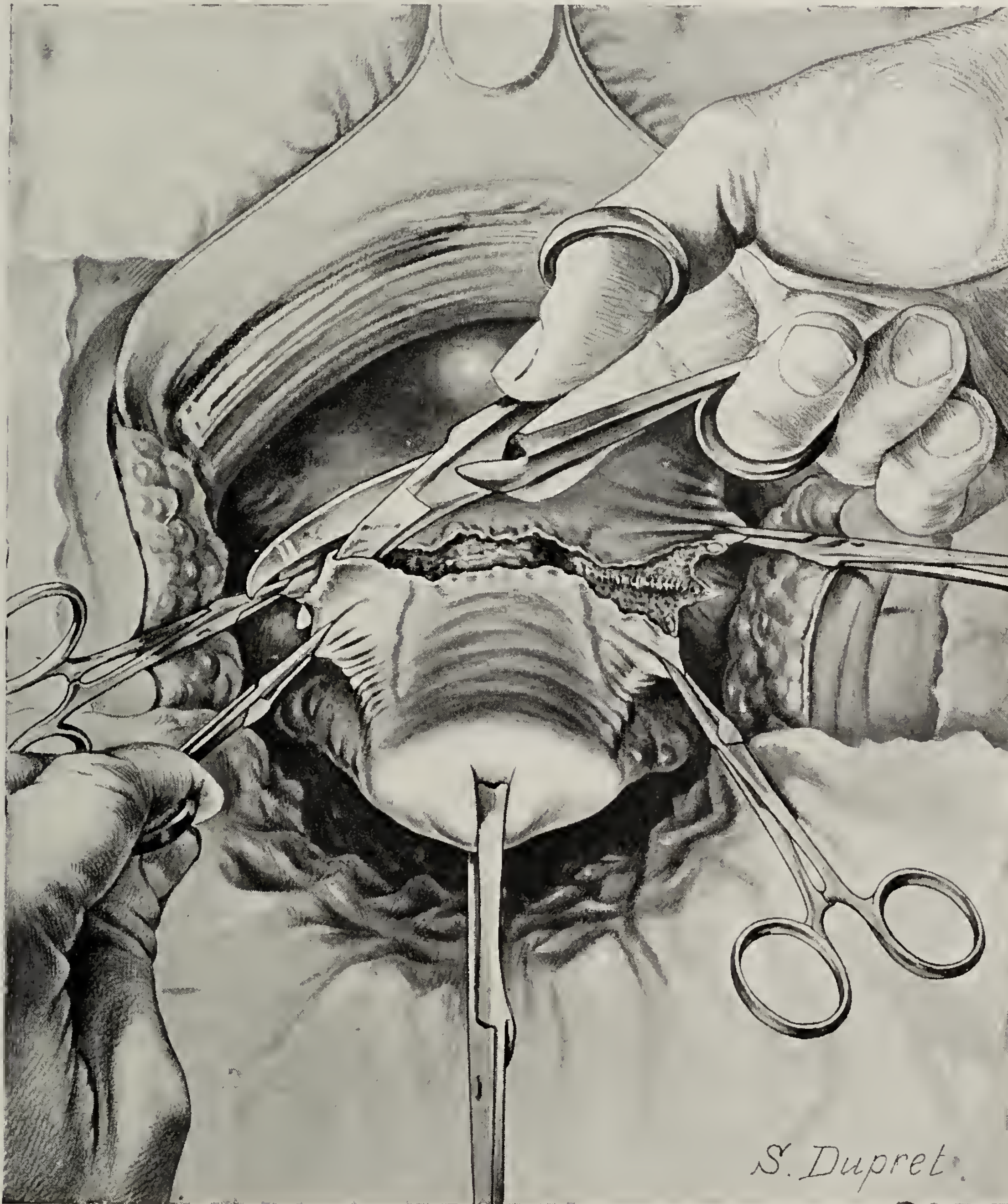


Fig. 16. — Section des ligaments ronds et du péritoine antérieur.

discussion sur la technique générale de l'hystérectomie dans les suppurations annexielles (p. 87.)

CHOIX DES PROCÉDÉS

L'étude approfondie de ces procédés m'a conduit depuis une ving-

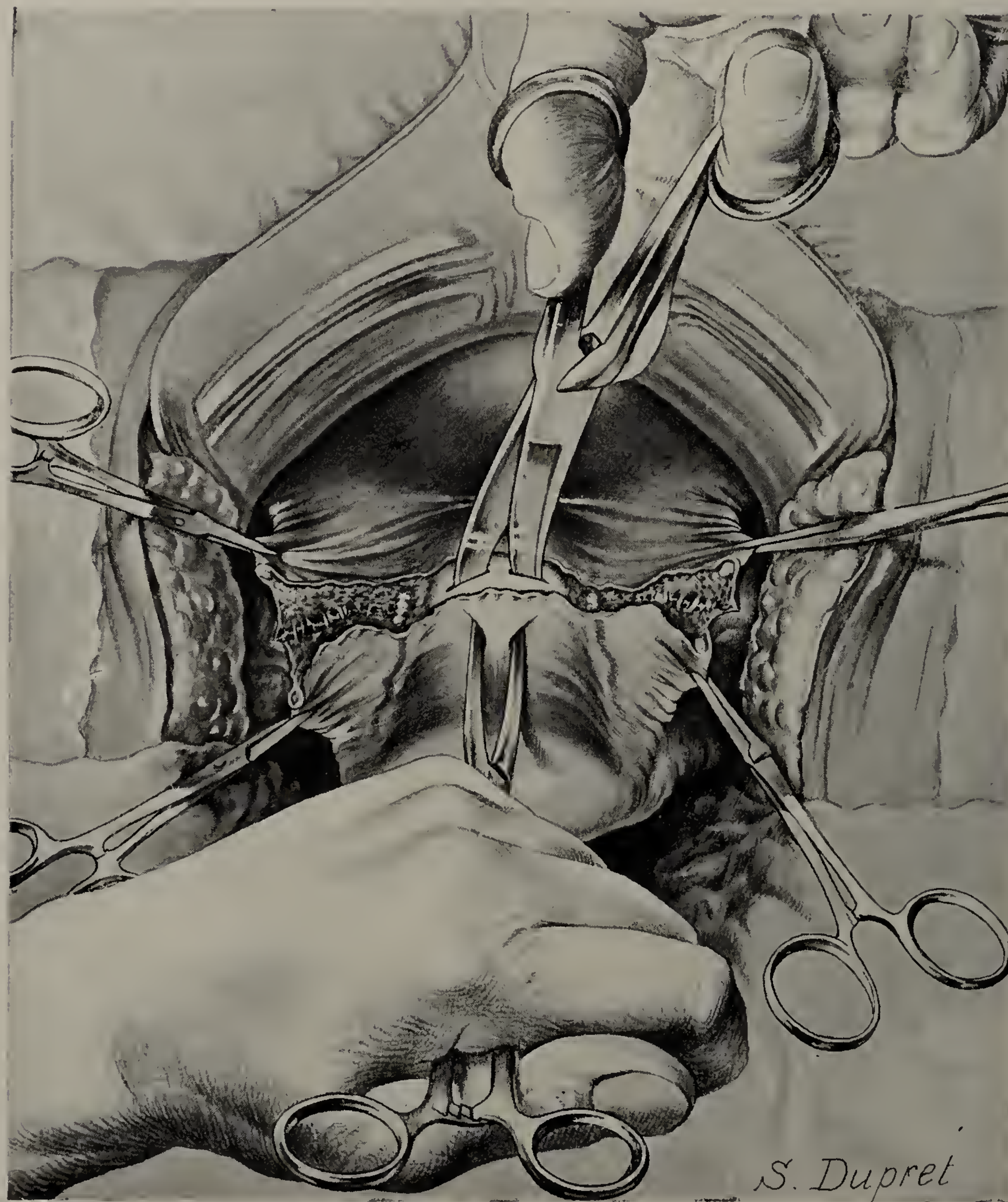


Fig. 17. — Le col est attiré en avant avec une pince et sectionné avec les gros ciseaux courbes.

taine d'années à établir des *règles opératoires précises, d'ailleurs extrêmement simples, qui constituent, j'en ai la conscience nette, la partie la plus*

importante de mon œuvre originale. Depuis cette époque, et comme il

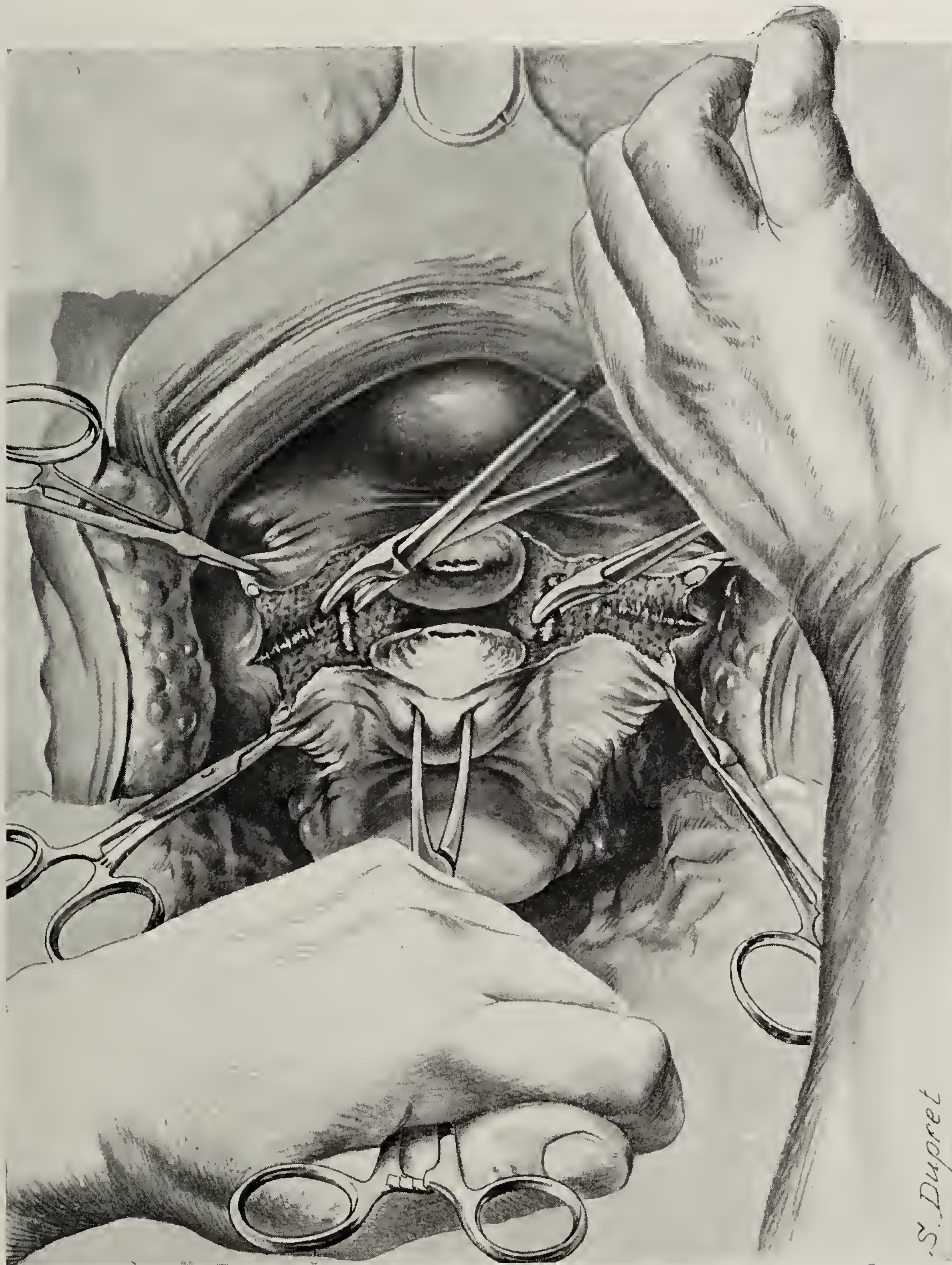


Fig. 18. — Le col a été sectionné. Pincement des utérines. Ce pincement peut être fait avant la section du col.

est facile de le voir en parcourant la liste chronologique de mes publications, je n'ai jamais perdu de vue cette question capitale parce

que c'est d'elle que dépend la bonne exécution des opérations de grande gynécologie, qui sont de beaucoup les plus nombreuses de toute la chirurgie et qui s'appliquent chaque année à des milliers et des milliers



Fig. 19. — Le col est attiré en avant et l'utérus est renversé. Décollement des annexes droites d'avant en arrière et de bas en haut.

de femmes. Par la plume, par la parole, et plus encore par l'exemple de tous les jours, dans ma salle d'opérations, j'ai répandu à travers le monde ces vérités techniques, qui sont actuellement à peu près universellement connues et acceptées et que ne méconnaissent que ceux qui les ignorent.

Les voici dans toute leur simplicité :

Nous ne devons pas, dans le choix des procédés opératoires, nous

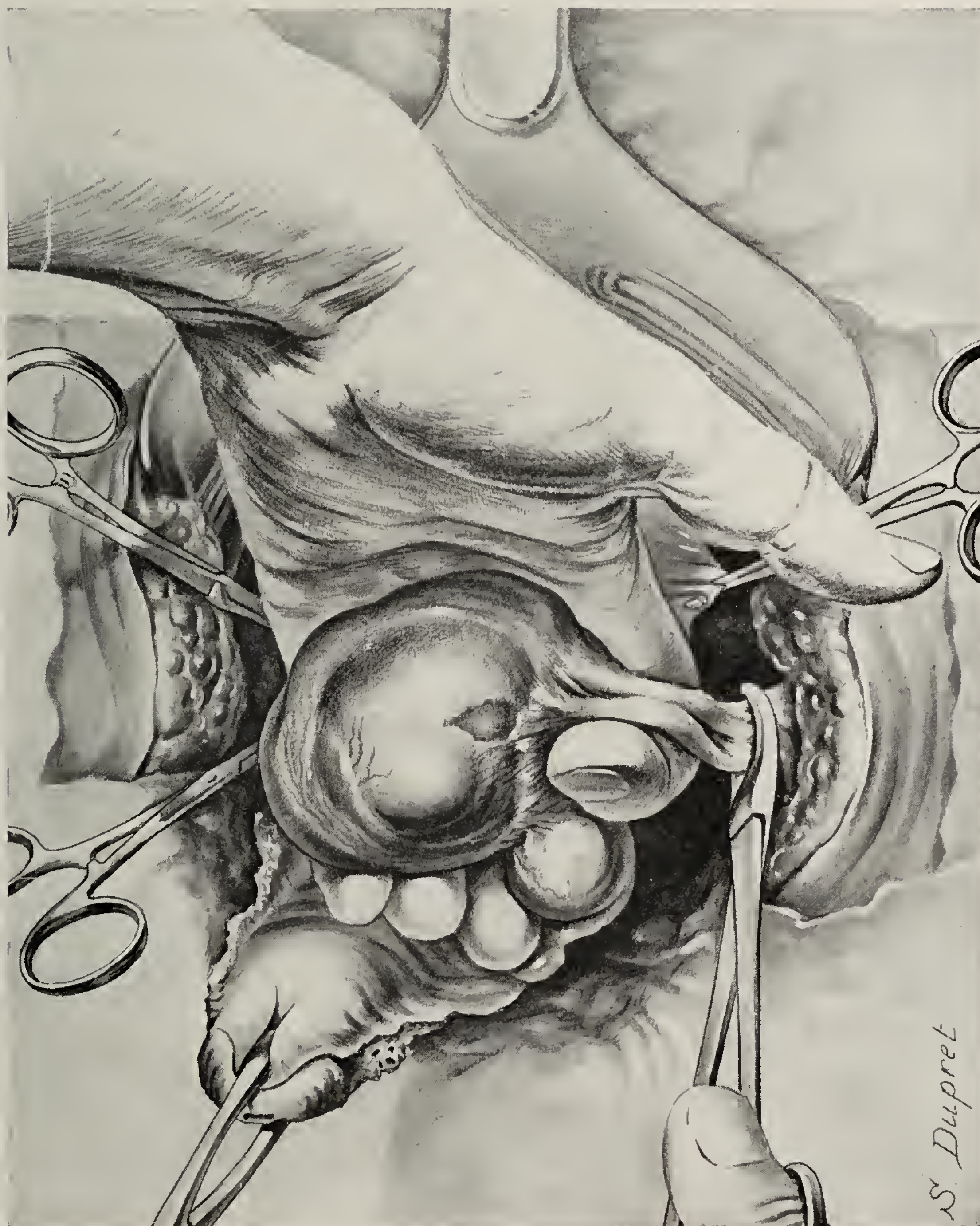


Fig. 20. — Les annexes droites ont été complètement décollées. Pincement du ligament large droit, qui va être coupé.

laisser guider par nos habitudes ou nos préférences individuelles, mais par la nature même des lésions que nous avons sous les yeux et par la

disposition anatomique des parties malades que nous voulons sacrifier.

Ces questions de techniques sont capitales. Une hystérectomie très simple, si l'on sait saisir le procédé le mieux approprié aux lésions en face desquelles on se trouve, peut être extrêmement difficile et même impraticable si l'on s'obstine à en employer un autre. La première façon d'agir donnera des succès, la seconde pourra conduire à des catastrophes.

C'est dans le traitement des annexites que ces vérités éclatent avec une sorte d'évidence. C'est surtout là qu'il existe une véritable « tactique de l'hystérectomie ». Car il s'agit bien réellement ici de règles tactiques, règles qui changent avec les lésions, et qui dérivent toutes de cette loi fondamentale sur laquelle j'ai bien souvent insisté, mais sur laquelle on ne saurait trop revenir, parce qu'elle domine toute la technique de l'hystérectomie : L'*utérus et les annexes sont beaucoup plus faciles à enlever lorsqu'on les aborde de bas en haut.* De cette loi fondamentale découle immédiatement le principe suivant : L'*utérus et les annexes doivent être attaqués par-dessous.*

Or pour pouvoir attaquer par dessous le bloc utéro-annexiel, il faut d'abord pouvoir atteindre son pôle inférieur. La première phase de toute hystérectomie sera donc celle qui aura pour but d'*atteindre le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel.*

Pour y parvenir, il faudra suivre la voie la plus courte et la moins encombrée, et comme la voie la plus courte et la moins encombrée *n'est pas toujours la même*, il en résulte qu'il faudra, suivant les cas, employer pour y parvenir *des procédés différents.* Et voilà comment s'affirme avec évidence, si l'on veut enlever les annexes de l'utérus avec facilité, la nécessité d'*employer des procédés différents.* Et tout l'art de l'opérateur, dans cette chirurgie si inégale suivant les hommes qui l'exercent, est précisément de savoir adapter sa façon de faire aux lésions qu'il rencontre et d'employer le procédé le meilleur pour le cas devant lequel il se trouve.

Si l'on a de la nécessité de suivre cette ligne de conduite une conception claire, rien n'est plus simple que d'en déduire immédiatement les règles opératoires qu'il faut appliquer suivant les cas qui se présentent.

Dans les cas *faciles,* dont le type est constitué par les ovarites-scléro-kystiques et certaines salpingites parenchymateuses, lorsque l'utérus et les annexes, sans grosses lésions, sans adhérences, se laissent attirer en

tout sens, tous les procédés sont bons. Il n'y a aucune difficulté et c'est ainsi qu'on peut se dispenser d'attaquer les annexes par-dessous, puisque l'absence de toute adhérence les rend accessibles de tous les côtés.

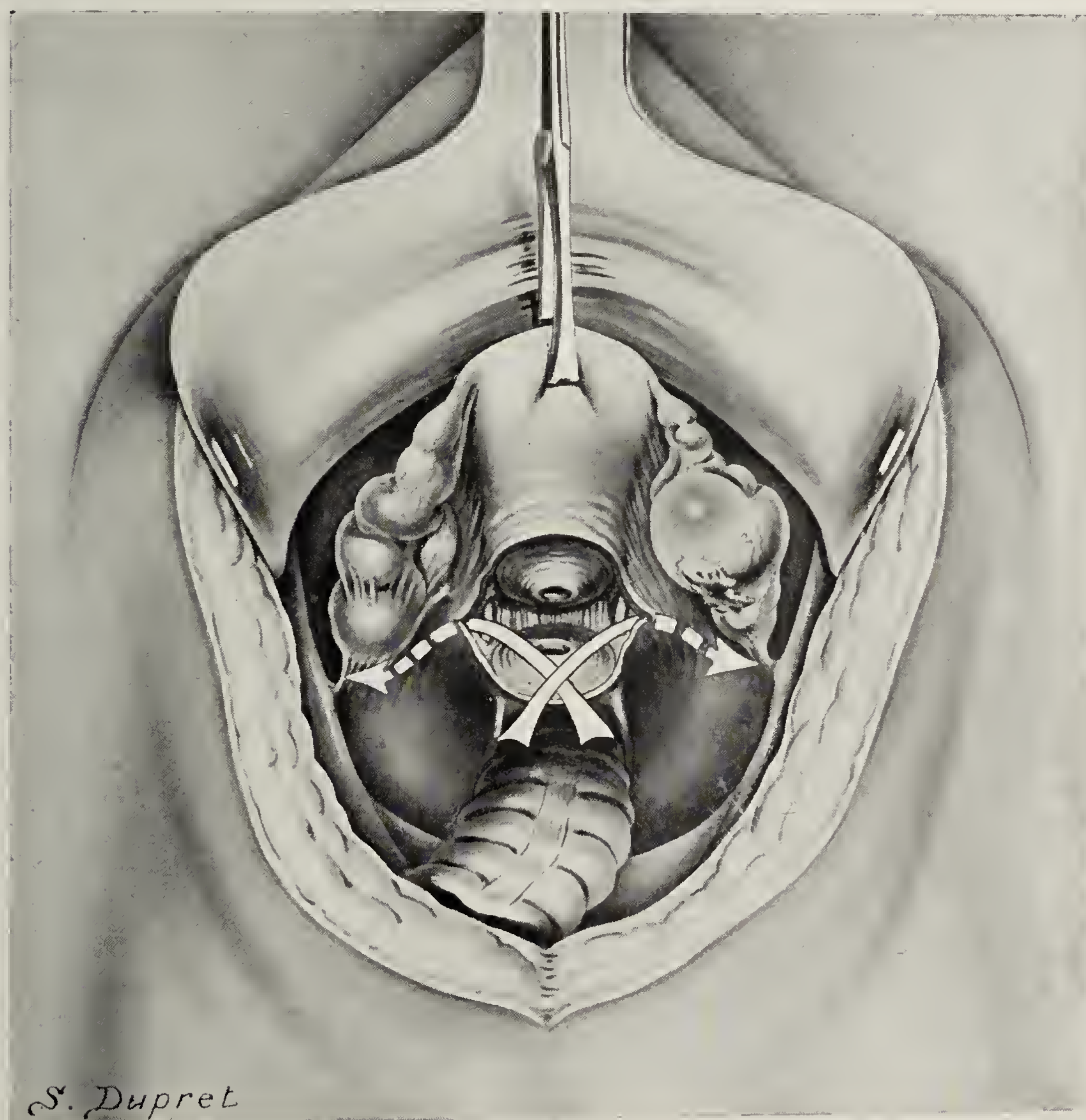


Fig. 21. — *Annexes libres des deux côtés.* — Décollation postérieure. Après section du col. les annexes sont attaquées de dedans en dehors et de bas en haut, suivant le sens des flèches.

Dans ces conditions, il y a une façon de faire supérieure à toutes les autres par son élégance et sa rapidité. C'est l'*hystérectomie par décollation postérieure* (fig. 21) — mais en réalité, il ne faut employer ce procédé particulièrement brillant et qui permet d'enlever l'utérus en quelques secondes que si l'on a une grande habitude de la chirurgie pelvienne. Le procédé qui est à la fois le plus simple, le plus sûr, tout

en étant lui aussi très rapide et très élégant, est le procédé de H. A. Kelly, par *incision continue transverse* (fig. 22) que j'emploie dans les quatre cinquièmes des opérations.

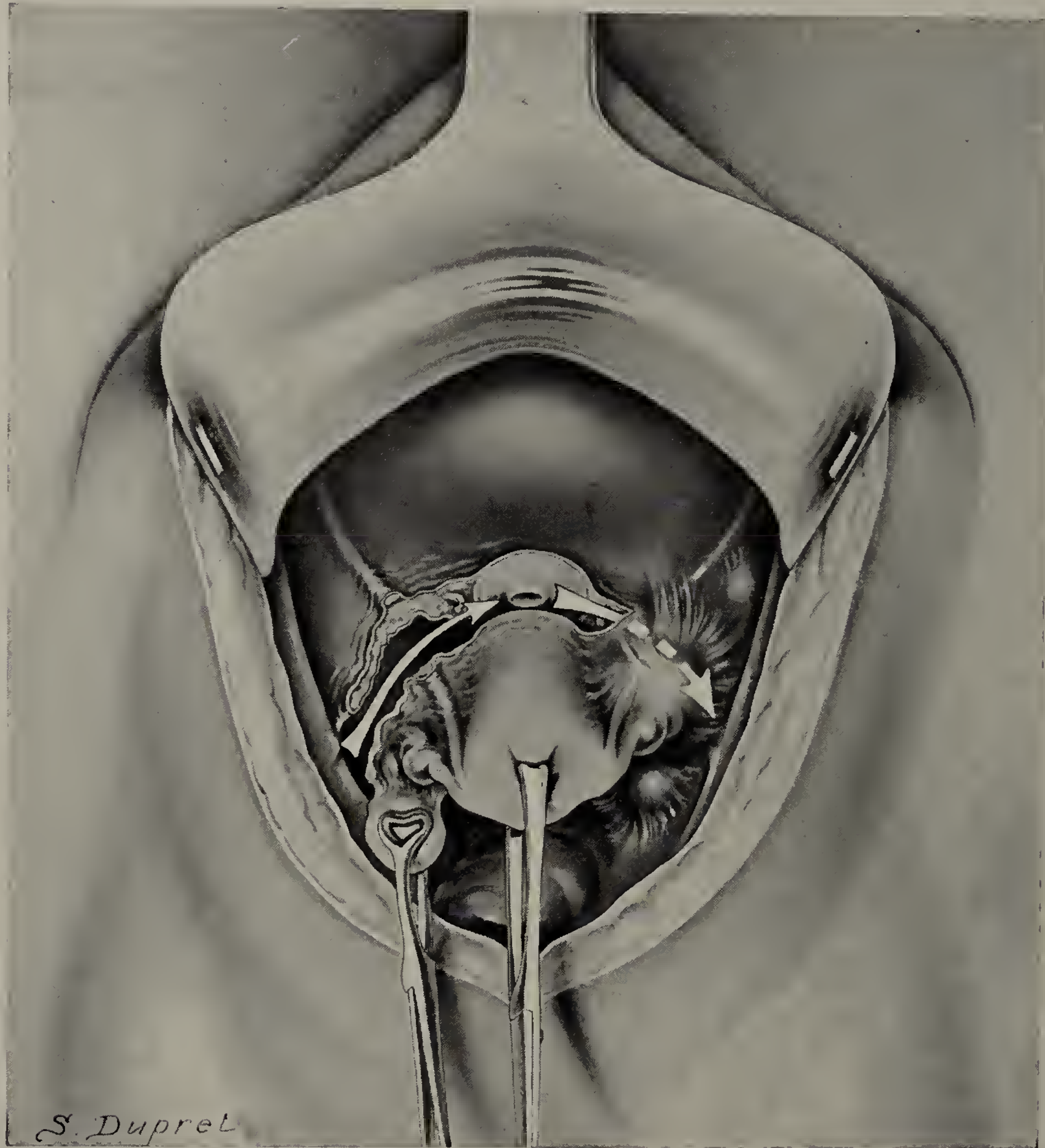


Fig. 22. — *Les annexes sont libres à gauche et adhérentes à droite :* Procédé de H. A. Kelly. Les annexes gauches, libres, sont séparées de haut en bas, et les annexes droites, adhérentes, sont attaquées de dedans en dehors et de bas en haut.

Il n'en est pas de même lorsque les annexes sont adhérentes aux parties voisines. Ici il faut, de toute nécessité, attaquer les annexes par dessous, sous peine de voir se multiplier les difficultés, les risques d'accidents et les déchirures :

Si, comme il arrive souvent dans les annexites, un des côtés est très adhérent aux parois pelviennes et que l'autre soit, au contraire, à peu près libre ou très facile à détacher, c'est le procédé de H. A. Kelly, qu'il

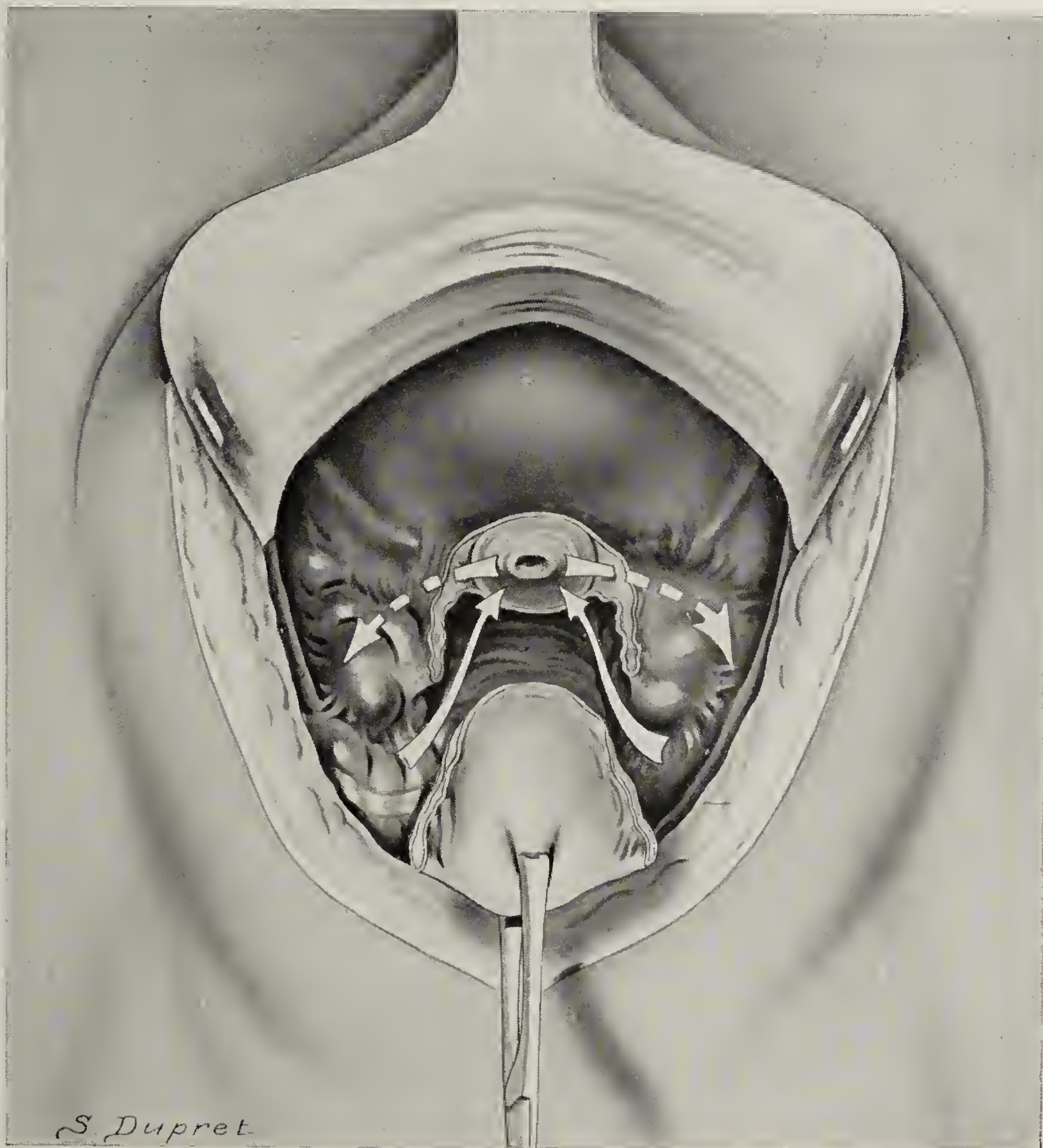


Fig. 25. — *Les annexes sont adhérentes des deux côtés aux parois pelviennes, mais peu adhérentes à l'utérus :* Procédé de Terrier. L'utérus a été séparé des annexes des deux côtés, de haut en bas. L'utérus enlevé, les annexes sont attaquées, suivant le sens des flèches, de dedans en dehors et de bas en haut (Procédé inférieur à l'hémisection.)

faudra choisir. Il sera facile, en effet, de descendre de haut en bas, du côté le moins malade, en séparant des parois pelviennes les annexes non adhérentes, d'arriver sur l'isthme, de trancher le col, et d'attaquer de bas en haut le côté difficile (fig. 22). Mais si les annexes sont des deux

côtés collées aux parois pelviennes, le procédé de H. A. Kelly devient insuffisant, puisque les annexes doivent être attaquées de bas en haut des deux côtés, et qu'on ne peut avec ce procédé le faire que d'un seul. Il faut

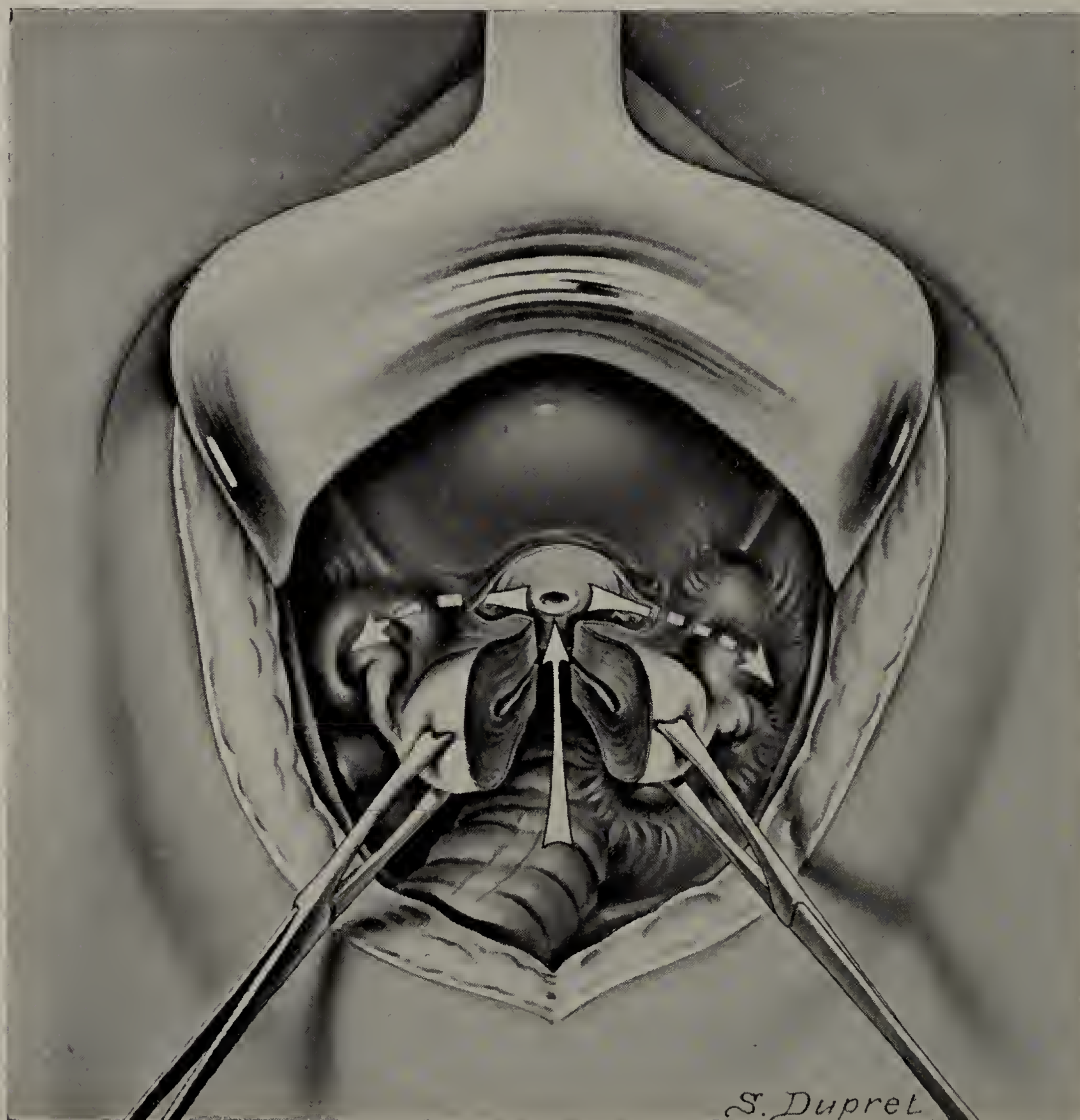


Fig. 24. — *Les annexes sont très adhérentes à l'utérus et aux parois pelviennes :* Hémisection utérine. Après section médiane de l'utérus et section transversale des deux moitiés utérines au niveau de l'isthme, les annexes sont attaquées des deux côtés de dedans en dehors et de bas en haut.

de toute nécessité, pour y parvenir, se donner du jour au centre du bassin.

Si les annexes collées aux parois pelviennes sont séparées de l'utérus, ou si celui-ci est volumineux, on peut employer le procédé de Terrier, c'est-à-dire enlever d'abord l'utérus et profiter ensuite du jour que donne

son extirpation au centre du bassin pour enlever les annexes en les attaquant par dedans et par dessous (fig. 25).

Mais dans ces cas, comme dans celui, plus commun, où les annexes,



Fig. 25. — *Les annexes sont adhérentes aux parois pelviennes, mais séparées de l'utérus à gauche.* Procédé combiné. L'utérus est séparé des annexes gauches, et enlevé de bas en haut avec les annexes droites. Les annexes gauches sont ensuite attaquées de dedans en dehors et de bas en haut. (Procédé inférieur à l'hémisection.)

collées aux parois pelviennes et aux intestins adhèrent également à l'utérus, c'est-à-dire en somme dans presque tous les cas d'annexites bilatérales adhérentes et difficiles, il ne reste plus qu'un parti à prendre et qu'un procédé à employer, c'est l'*hémisection utérine*, que j'ai décrite il y a 35 ans. On passe à travers l'utérus, on le sectionne sur la ligne

médiane, du fond vers le col, jusqu'à l'isthme. Arrivé à l'isthme, on coupe transversalement chaque moitié utérine qu'on renverse vers le haut. Le centre du bassin est ainsi désobstrué et il est possible d'attaquer de



Fig. 26. — *Annexes adhérentes partout. Utérus rétrofléchi irréductible.* DÉCOLLATION ANTÉRIEURE. Après section du col d'avant en arrière, l'utérus et les annexes sont attaqués de bas en haut.

dedans en dehors et de bas en haut les annexes malades qu'on décolle en général facilement et qu'on enlève avec la moitié utérine correspondante (fig. 24).

Dans certains cas, lorsque les annexes adhérentes aux parois pelviennes sont accolées d'un côté au bord de l'utérus et de l'autre en sont écartées, on se trouvera bien d'employer un *procédé combiné* (fig. 25). Si le volume

de l'utérus contre-indique l'hémisection qui, dans les cas ordinaires, lui est supérieure.

Enfin, il est un dernier cas, le plus difficile de tous, c'est celui où

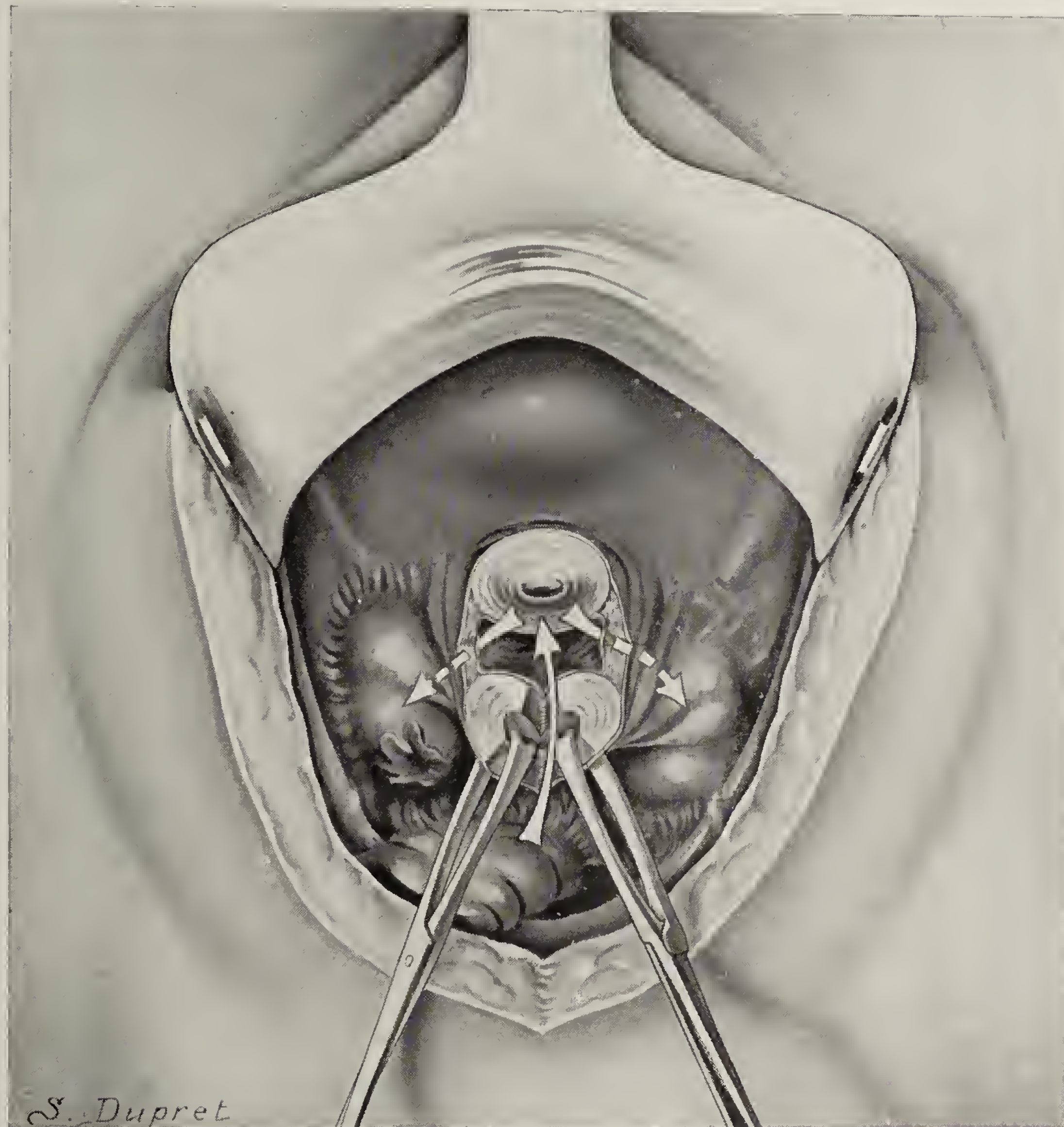


Fig. 27. — *Annexes adhérentes de tous côtés. Utérus rétrofléchi et complètement irréductible.* DÉCOLLATION ANTÉRIEURE suivie D'HÉMISECTION DE BAS EN HAUT, permettant d'attaquer chaque moitié utérine avec les annexes correspondantes de dedans en dehors et de bas en haut.

l'utérus, en rétroflexion irréductible, est basculé avec les annexes adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas. Dans ce cas l'hémisection est inapplicable puisque le fond de l'utérus est inaccessible. Il n'y a qu'un moyen de salut : c'est *la décollation*. Mais, cette fois, *la décollation antérieure*. Le col est attaqué en avant, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin qui est

pour ainsi dire toujours libre ou facile à libérer. Le col sectionné, on coupe les ligaments ronds, et on attire en avant le col utérin libéré de ses attaches inférieures. On peut ainsi, en passant entre le col et le corps introduire les doigts derrière l'utérus et décoller, toujours de bas en haut, et qui plus est, d'avant en arrière les annexes profondément cachées dans le Douglas (fig. 26). On peut même, dans certains cas très difficiles, sectionner encore l'utérus sur la ligne médiane, mais cette fois de bas en haut, à partir de la tranche cervicale, de façon à se donner du jour au milieu du bassin et à pouvoir ainsi aborder facilement les annexes (fig. 27).

Telles sont ces quelques règles très simples. Elles correspondent à la vérité, elles sont inattaquables, elles ne changeront pas, elles resteront vraies et tant que les chirurgiens auront à faire des hystérectomies, c'est elles qu'ils devront appliquer. C'est l'honneur de ma vie chirurgicale que de les avoir formulées.

Je crois devoir résumer ici, comme je l'ai annoncé au début de mon exposé, pour ceux qui désireraient s'en rendre un compte plus exact, cette campagne de douze ans pour le drainage du péritoine infecté, cette bataille pour le Mikulicz, qui s'est déroulée, à la Société de Chirurgie, comme un véritable roman et qui, précisément en raison de ces circonstances, a eu un très grand retentissement. Beaucoup de chirurgiens de tous les pays s'y sont intéressés et ont adopté ma façon de voir. Si bien qu'aujourd'hui son application, un peu partout dans le monde, permet de sauver chaque jour un très grand nombre de malades et d'opérés.

LA BATAILLE POUR LE MIKULICZ

Tel est le titre qui convient à cette discussion, qui n'a pas duré moins de douze ans (1919-1931), pendant lesquels, seul ou à peu près seul, j'ai soutenu une lutte courtoise, mais âpre et difficile, contre quelques-uns de mes collègues les plus éminents de la Société de Chirurgie.

Comment donc se fait-il qu'une telle « bataille » ait pu se dérouler pendant si longtemps ? Comment se fait-il même qu'elle ait pu s'engager ? Qu'une telle levée de boucliers ait pu se faire contre un homme, contre un chirurgien qui venait dire, tout simplement, car c'est à cela que se réduit toute la question : « Quand, au cours d'une opération, on se trouve en présence d'un péritoine infecté, il faut le laisser ouvert ! » Je ne me charge pas de l'expliquer. Encore moins de le comprendre ! Il faudrait pour y parvenir entrer dans des considérations historiques et psychologiques qui nous entraîneraient trop loin.

Mais le fait est là. Et je me réjouis qu'il en ait été ainsi, parce que la ténacité de la discussion et ses péripéties renouvelées ont attiré sur cette question, d'où dépendent la vie et la mort de tant d'opérés, l'attention d'un très grand nombre de chirurgiens, à l'étranger comme en France.

Je sais de source certaine que la plupart d'entre eux ont suivi mes conseils et qu'ils continuent parce que, dans des cas innombrables, ils voient leurs malades vivre au lieu de mourir! Beaucoup font autour d'eux une propagande active et pour n'en citer qu'un seul, un éminent chirurgien italien, le Prof. G. Santoro, de Cosenza, a fait un référendum parmi les chirurgiens d'Italie. Il s'est passé là-bas ce qui se passe en France. Un très grand nombre se sont déclarés favorables au Mikulicz, et les seuls qui font des réserves — ou déclarent tout simplement qu'ils peuvent s'en passer — sont précisément ceux qui ne l'ont jamais employé.

Voilà d'ailleurs longtemps que je n'ai plus entendu de voix discordante s'élever ouvertement contre cette façon de faire. Et je considère, pour ma part, la bataille comme terminée.

Si le feu couve sous la cendre et si la lutte se rallume, tant que je resterai debout, je serai là pour la poursuivre.

Je tiens à donner ici, pour ceux qu'elle pourrait intéresser, un résumé de cette discussion passionnée et passionnante, parce qu'il peut seul permettre de se rendre compte de son importance et de l'influence qu'elle a pu avoir.

Elle commença d'une façon brutale, le 2 juillet 1919, à propos d'un rapport du Prof. P. Delbet, qui conseillait de réintervenir dans certaines complications graves consécutives aux opérations abdominales.

Désireux d'appuyer son opinion, je pris la parole en ces termes :

« Je désire m'associer à une observation que mon ami P. Delbet a faite incidemment au cours de son rapport. Il nous a dit que, d'une manière générale, lorsqu'une malade, à la suite d'une laparotomie, présentait des phénomènes inquiétants, nous avions une tendance à nous décourager et à laisser aller les événements. J'ai passé, comme beaucoup d'autres, par cet état d'esprit. Mais je dois dire que, depuis quelques années, je suis devenu beaucoup moins passif. Je suis réintervenu plusieurs fois chez des malades qui me paraissaient être dans une situation très grave. Je ne parle pas des hémorragies, mais des infections. J'en ai sauvé un certain nombre, et je suis convaincu que, dans ces conditions, une intervention rapide se bornant à une réouverture du ventre et à la mise en place d'un drain et d'un sac de Mikulicz est excellente et que nous devons y avoir recours. »

A peine eus-je prononcé ces derniers mots que M. Quénu, avec une vivacité d'expression qui me surprit profondément et telle que quelques jours après M. Lapointe a pu dire : « MM. Quénu et Pierre Delbet n'ont pas caché leur mépris pour cette façon de terminer une opération... » M. Quénu, dis-je, prononça les paroles suivantes :

« J'ai été surpris d'entendre ici l'apologie du Mikulicz. Je croyais cette mauvaise pratique abandonnée depuis vingt ans et supplantée par la péritonisation. »

Et plus loin : « Faut-il s'étendre sur les méfaits du Mikulicz, sur les cas d'intoxication par la gaze iodoformée, sur les adhérences de la gaze à l'intestin, sur les imprégnations de cette gaze par le pus et les microbes, sur les éventrations qui en résultent? Cela me paraît inutile. »

Au cours de la discussion qui s'en suivit immédiatement, et dans la séance suivante, le Mikulicz fut défendu par Savariaud, Baudet, Pauchet, Lapointe et combattu par Tuffier, Rochard et enfin Pierre Delbet qui l'exécuta sommairement en ces termes : « Puisque M. Quénu a vigoureusement exhorté ses collègues à donner leur impression sur le tamponnement à la Mikulicz, je ne vois aucune raison de taire que, bien qu'ayant connu la période où cette technique était en pleine vogue, je ne l'ai jamais employée parce que sa grossièreté me répugne. »

Je défendis de mon mieux cette pratique et les choses en restèrent là. Elles ne devaient reprendre que cinq ans plus tard — le 14 mai 1924. — Mais pendant cette longue période, j'avais réfléchi et j'avais travaillé !

J'avais, en effet, été profondément impressionné par les paroles d'un homme comme M. Quénu, et je me demandais si je ne m'abusais pas moi-même, et si, dans cette magnifique évolution de la chirurgie utérine à laquelle j'avais assisté depuis 25 ans, et j'ai le droit de le dire, participé, j'étais resté à la hauteur de mes collègues et si le fait d'avoir conservé une pratique qu'un si grand nombre avaient abandonnée ne prouvait pas tout simplement que je n'avais pas su m'adapter aux pratiques modernes. Je savais bien, cependant, ce que j'avais vu ! J'avais devant les yeux le souvenir précis d'un grand nombre de malades qui avaient survécu à des opérations terribles, que l'activité croissante qui m'entraînait de plus en plus dans la grande gynécologie opératoire m'appelait à pratiquer à chaque instant. Je savais, j'avais la conviction que ces femmes auraient succombé si je leur avais refermé le ventre sans ce drainage bienfaisant !

J'avais aussi l'obscur sentiment de la grande importance de cette question. J'en parlais à chaque instant dans mon service, je m'informais auprès de mes internes, de ces jeunes gens à l'esprit ouvert, qui, passant d'hôpital en hôpital, savent mieux que nous ce qui se passe !

C'est ainsi que j'acquis la conviction que le Mikulicz, qui avait autrefois rendu tant de services et sauvé tant de malades, était à peu près abandonné et que beaucoup de jeunes chirurgiens ignoraient non seulement la façon de l'appliquer, mais encore son existence, et même jusqu'à son nom !

Et je me disais que, puisque j'étais certain de son efficacité dans le drainage des infections péritonéales si fréquemment suivies de mort, il était de mon devoir d'étudier cette question et de la tirer au clair, parce que, après tout, la vie de milliers et de milliers d'opérés dépendait de sa solution.

Je m'attachai donc avec une véritable passion à l'étude de cette question qui, dans un grand service de chirurgie, se pose chaque jour.

J'en appliquai dans mon service, où les mauvais cas sont nombreux, plus sans doute qu'il n'était besoin !

Mais les inconvénients du Mikulicz sont si faibles à côté de ses avantages, que je le faisais sans regrets. Je n'ai jamais regretté d'avoir largement drainé un péritoine infecté. J'ai souvent regretté de ne pas l'avoir fait ! Je m'appliquai aussi à perfectionner les moindres détails de cette technique si simple, mais encore si mal connue dans sa minutie nécessaire.

Et puis enfin, après deux ans d'études, de tâtonnements, et surtout de réflexions, en 1921, je pris une résolution qui devait avoir en même temps pour le traitement opératoire du cancer du col utérin, et plus encore pour la généralisation de la pratique du Mikulicz de très grandes conséquences.

La mortalité encore élevée de l'hystérectomie large pour cancer du col (opération de Wertheim) qui jetait sur cette admirable intervention, dont je connaissais, pour la pratiquer depuis 25 ans l'efficacité certaine, un discrédit compréhensible entraînait vers le traitement par le radium la plupart des chirurgiens.

Je me dis que puisque toutes ces morts, ou à peu près, provenaient d'infections graves, dues à la septicité du foyer opératoire, il fallait traiter toutes ces malades comme de grandes infectées, et terminer par

conséquent, *d'une façon systématique*, toutes ces opérations, sans exception, par un large drainage à la Mikulicz.

C'est ce que je fis pendant environ 3 ans. A cette époque, la mortalité de l'opération de Wertheim était, dans les meilleures mains, de 10 % au minimum, le plus souvent de 15 à 20 %, et j'ai connu des chirurgiens qui m'ont dit à moi-même qu'ils avaient abandonné cette opération, parce qu'ils perdaient presque toutes leurs malades.

Un succès complet répondit à mes espérances ou plutôt à ma conviction.

Sur mes 75 premières opérées, je ne perdis que deux malades. Et la mortalité tombait à 2,66 %.

L'hystérectomie large pour cancer du col devenait d'un seul coup aussi bénigne que les hystérectomies communes pour fibromes ou pour salpingites. Quand je vins annoncer ces résultats à la Société de Chirurgie dans la séance du 14 mai 1924, personne n'éleva la voix contre le Mikulicz. Chevrier, Roux-Berger, eurent même le courage d'en dire du bien.

Un chirurgien comme de Martel, qui veut bien me faire l'honneur de se dire mon élève, parla aussi en sa faveur et voici comment il termina les quelques paroles qu'il prononça : « M. le Prof. J.-L. Faure a, je crois, rendu un immense service aux chirurgiens et aux malades en préconisant le Mikulicz comme il l'a fait ».

Décidément le vent commençait à tourner. — L'apaisement s'était donc fait — au moins en apparence, et je savais que le retour au Mikulicz s'accentuait de plus en plus, surtout parmi les jeunes, — en France comme à l'étranger.

Un chirurgien de Valparaiso, le Dr Romeo Cadiz Oyarzun, ne venait-il pas d'écrire, dans un livre sur le cancer de l'utérus (1926), à propos des malades opérées d'hystérectomie large : « Depuis qu'ont paru les travaux du gynécologue français, et que nous avons employé sa méthode dans le service, nous avons noté un changement radical dans la période post-opératoire de ces malades. Elles guérissent rapidement, elles n'ont aucun accident d'infection, elles ont une sensation de bien-être, et leur guérison est beaucoup plus sûre, etc. ».

Mais ne voulant pas fatiguer mes collègues d'incessantes répétitions, je m'étais fait une règle de ne plus prononcer, à la Société de Chirurgie, ce mot de Mikulicz, qui y avait soulevé tant d'orages.

Brusquement, le 17 novembre 1926, une nouvelle discussion surgit.

Mais le débat s'élargissait, car il allait porter cette fois non seulement sur la Chirurgie utérine, mais sur la Chirurgie abdominale tout entière.

C'est à propos d'un rapport de Grégoire que commença la discussion. Celui-ci avait analysé sans y attacher une importance particulière, un fait dans lequel le chirurgien ayant trouvé, à la suite d'une contusion abdominale, le cæcum désinséré et gravement meurtri, l'avait réséqué, et avait placé un Mikulicz dans le voisinage. Le malade avait d'ailleurs guéri sans incidents.

C'est alors que le D[r] Dujarier prit la parole en ces termes : « Je voudrais poser au rapporteur une question. M. Aumont, après une résection intestinale pour un traumatisme récent, a mis un Mikulicz. J'avoue que je n'en vois pas l'indication. Autant je suis partisan d'un Mikulicz dans certains cas, autant, après une résection intestinale typique, je n'en vois pas la nécessité ».

Je répondis immédiatement : « Le Mikulicz ne sert pas seulement dans les péritoines infectés, il est également utile dans les cas où le péritoine risque de l'être. Pour ma part, je ne connais pas de résection intestinale aseptique, le contenu de l'intestin, qui souille toujours les bords de la plaie, ne l'étant jamais. Je dis donc, et je maintiens, parce que je suis sûr de ce que je dis, qu'à l'inverse de ce qu'on vient de dire ici, il est utile, dans toute opération intestinale, de laisser au niveau des sutures, en les protégeant, au besoin, une soupape de sûreté. Et, *dans cette chirurgie, comme dans les opérations gynécologiques, plus on mettra de Mikulicz, et moins on perdra de malades* ».

C'est à propos de cette affirmation que commença une nouvelle discussion qui ne devait pas durer moins de trois mois.

Quelques jours après, le 11 décembre 1926, le Prof. Pierre Duval, au début de la séance, monta à la tribune et engagea la bataille par cette déclaration catégorique :

« Notre collègue J.-L. Faure, dans la séance du 17 novembre 1926, à propos du rapport de Grégoire sur une observation d'hémicolectomie droite, due à M. Aumont, de Versailles, a écrit : Je dis donc et je maintiens, parce que je suis sûr de ce que je dis, qu'il est utile, dans toutes les opérations intestinales de laisser au niveau des sutures, en les protégeant au besoin, une soupape de sûreté, et dans cette chirurgie, plus on mettra de Mikulicz et moins on perdra de malades.

« Je ne désire pas du tout rouvrir une discussion générale sur le

Mikulicz, mais je pense qu'en chirurgie intestinale, mettre un Mikulicz au contact des sutures, c'est le plus sûr moyen d'obtenir leur désunion.

« M. Faure nous dit le contraire avec une telle affirmation, avec une telle sûreté, que je le supplie de nous apporter ici la série des résections à froid du tube digestif qui l'ont conduit à cette sûre affirmation.

« Je lui demanderai, pour notre enseignement à tous, de nous donner les résultats détaillés de sa chirurgie intestinale, sans emploi du Mikulicz d'un côté, avec le Mikulicz de l'autre.

« Il me paraît impossible qu'une affirmation telle que celle qu'a faite notre collègue Faure puisse être publiée sans que nous connaissions les faits sur lesquels elle repose. »

C'est à cette mise en demeure catégorique, mais parfaitement légitime, de mon ami Pierre Duval, que je vins répondre dans la séance du 26 janvier 1927.

Mais pendant cet intervalle, que j'employai à rechercher mes documents, la question étant rouverte, Cadenat, de Martel, et Sauvé vinrent parler en faveur de la méthode.

Sauvé, en particulier, fit une communication impressionnante sur les résultats que lui avait donnés l'application systématique du Mikulicz dans l'hystérectomie pour cancer du col. Alors qu'il songeait à abandonner, à cause de sa gravité, cette belle opération, l'application systématique du Mikulicz venait de lui donner, dans des cas graves et infectés, 16 succès sur 16 opérations. Si bien qu'il terminait sa communication par ces mots qui ne soulevèrent plus de protestations :

« Je tiens à reconnaître que le tamponnement à la Mikulicz est souvent une méthode héroïque et merveilleuse. S'il ne convient pas d'en faire une panacée chirurgicale, il est juste de reconnaître les bienfaits et les services que J.-L. Faure a rendus en le remettant en honneur. »

Je vins donc, dans la séance du 26 janvier 1927, répondre à la demande formulée par Pierre Duval. Je ne puis que résumer très brièvement les conclusions de ma réponse.

On sait la gravité des opérations sur le côlon qui, dans les conditions ordinaires, ne donnent pas moins de 30 % d'insuccès.

Le nombre de mes opérations n'est pas très considérable, étant donné que, depuis de longues années, je m'occupais avant tout de gynécologie. Mais il est cependant assez important pour montrer que je ne m'étais pas avancé à la légère dans mes affirmations.

Voici les résultats de ces opérations sur le côlon :

Opérations sans Mikulicz :

20 avec 12 guérisons et 8 morts, soit 40 %.

Opérations avec Mikulicz :

15 avec 13 guérisons et 2 morts, soit 13,33 %.

Encore ferai-je observer que les deux seules morts au passif du Mikulicz sont survenues à la suite de l'extirpation du côlon pelvien pour cancer, dans des conditions identiques, au bout d'une dizaine de jours, après avoir doublé le cap de la grande infection des deux ou trois premiers jours, dont le Mikulicz les avait préservés, par péritonite subaiguë, consécutive à la gangrène du bout supérieur de l'intestin, abouché dans la fosse iliaque. Il y a eu sans doute traction excessive, due à une technique mauvaise dont c'est moi, et non la méthode, qui suis responsable.

Tels sont les chiffres que m'avait demandés Duval. Ils sont meilleurs que je ne le pensais. Ils sont même meilleurs qu'ils ne le paraissent et que ne le fait voir la brutalité des nombres, parce que le Mikulicz a été appliqué dans les cas les plus graves. Et voici que ceux-ci, grâce à lui, donnent trois fois moins de morts que les cas plus bénins.

A côté de ces résultats obtenus dans la chirurgie intestinale proprement dite, — j'apportai ceux que m'avait donnés l'amputation abdomino-périnéale du rectum pour le cancer haut situé — trop élevé pour être enlevé par la voie périnéale seule, trop bas pour être justiciable de la voie abdominale également employée seule. Cette opération par voie combinée, était jusqu'ici une intervention formidable et justement redoutée.

J'en avais fait 9, avec une seule mort, au huitième jour par étranglement d'une anse grêle entre deux points de la suture péritonéale. Aucun n'avait succombé à l'infection. Ces résultats extraordinaires n'ont de comparables que ceux qui ont été obtenus par le Dr Chaton, de Besançon, — 12 cas avec 2 morts — qui, ainsi qu'il est venu le dire courageusement à la Société de Chirurgie le 2 mars 1927, employait soit le Mikulicz avec sac, soit le drainage par simples mèches qui n'en diffère que par plus de difficultés lors de leur enlèvement, mais qui répond exactement aux mêmes indications.

La cause était entendue !

Mais, dans la même séance, je profitai de l'occasion pour soulever

une question d'une très haute importance, celle des plaies de l'intestin — gros ou grêle — si communes dans la pratique civile, mais qui, au cours de la guerre, ont entraîné la mort de milliers et de milliers de soldats. Je parle ici bien entendu, des blessures par balles ou par petit éclat d'obus, les blessures par gros éclats étant presque toujours accompagnées d'hémorragies déterminant la mort sur le champ de bataille, et étant en tout cas trop graves, non seulement pour être guéries, mais même pour être réparées.

Les sutures faites, après laparotomie, c'est contre l'infection et contre l'infection seule qu'il faut lutter, et la fermeture du ventre a, sous ce rapport, causé d'innombrables désastres.

Aujourd'hui l'expérience est faite. Elle l'était déjà au moment de la discussion. Mon élève et ami Pavão Martins, qui a suivi mon service et a emporté au Brésil la conviction de l'utilité du Mikulicz, a soigné 3 blessés de la guerre civile en laissant au contact de la blessure, en plein péritoine infecté, un drainage à la Mikulicz. Il a obtenu 3 guérisons. Estor, Banzet, Toupet, dans des blessures civiles, — 3 Mikulicz, 3 guérisons — et Botreau-Roussel, en Syrie, dans deux cas de blessures de guerre, 2 guérisons ; huit cas, huit guérisons ! Quels résultats à côté de ceux qu'ont vus pendant la guerre ceux d'entre nous qui savent ce qui se passait dans les hôpitaux du front, où, entre les mains les plus exercées, un soldat frappé au ventre était, presque toujours, un homme mort.

Et comment ces malades guérissent-ils ? Écoutons Botreau-Rousel : « J'ai été très heureusement surpris, chez mes deux blessés, par la bénignité des suites. A aucun moment ils ne m'ont donné la moindre inquiétude. Ni l'un ni l'autre n'ont présenté de ballonnement, d'arrêt des gaz, de vomissements, d'ascension du pouls, — en un mot aucun de ces symptômes orageux que j'observais toujours sur mes précédents opérés pour blessures de guerre de l'intestin non drainés par Mikulicz, qui même dans les cas heureux, terminés par la guérison (trois sur une vingtaine environ) me laissaient dans l'angoisse pendant les quatre ou cinq premiers jours. »

Je n'ajouterai rien à ces faits, qui ont la clarté de l'évidence. Mais si les mauvais jours reviennent, et que nous revoyions ce que nous avons vu, à combien de soldats — à combien de milliers — le Mikulicz sauvera-t-il la vie ?

J'attendais la réponse de Pierre Duval, et ce fut huit jours après, le

2 février 1927, Lecène qui me répondit. Ce chirurgien éminent dont la mort prématurée a été une perte irréparable pour la chirurgie française — et même pour la chirurgie universelle —, crut devoir prendre position, sans discuter aucun des chiffres que j'avais apportés, et sans en donner aucun, contre l' « état d'esprit » qui tendait à donner au Mikulicz des « applications illimitées ». Il alla jusqu'à dire que c'était faire revenir la chirurgie de trente ans en arrière et termina en disant qu'il lui semblait temps de clore une discussion « sans grande portée durable. »

Je fus entraîné à lui répondre. — Je le fis dans la séance du 23 février 1927, en analysant toutes ses objections et en les réfutant de mon mieux. Je ne puis entrer ici dans le détail de cette très importante réponse qui nécessiterait la reproduction *in extenso* de l'argumentation de Lecène et de ce que je lui ai répondu.

Lecène nous a quittés. Qu'il me suffise de dire qu'il s'est trompé gravement lorsqu'il a dit que cette discussion était « sans grande portée durable », — sa portée était immense, puisqu'elle a convaincu un grand nombre de chirurgiens répandus dans le monde entier, — et elle durera tant que la bactériologie ne nous aura pas donné le moyen certain de vaincre ou de prévenir les infections péritonéales. Qu'il me suffise donc pour donner une conclusion à cette histoire déjà trop longue, de répéter ce que j'ai dit le 1er juillet 1931, lors d'une dernière escarmouche à propos d'une communication très importante de Pierre Duval sur le traitement de l'appendicite aiguë.

« Pour terminer cette communication, laissez-moi vous donner en exemple notre pauvre et cher collègue Lecène, dont je salue encore une fois la grande mémoire.

« Aucun de nous n'a oublié qu'il y a quatre ans, il avait pris sur lui, sans d'ailleurs discuter mes chiffres, de s'élever contre les arguments que j'avais donnés en faveur du Mikulicz.

« Je lui avais longuement répondu, et il faut bien croire que mes arguments avaient fait quelque impression sur cet esprit large et pénétrant, puisque à la fin de juillet 1929, à l'heure même où il allait quitter, pour n'y plus revenir, cet hôpital Saint-Louis où il avait fait de si belles choses, il n'y avait pas dans son service, moins de 7 malades à la fois, auxquelles il avait cru devoir mettre des Mikulicz !

« Je n'aurais jamais pu désirer plus éclatant hommage rendu à la vérité ! »

Telle est l'histoire de cette discussion mémorable, de cette bataille pour la vérité qui n'a pas duré moins de douze années et qui devait avoir de si grandes conséquences.

Et quand je me rends compte de l'importance de ses résultats et que je descends en moi-même, — je suis tenté de remercier ceux dont les premières attaques, qui m'avaient tant ému, m'ont entraîné dans une voie qui devait me permettre de rendre de si grands services aux malades et aux opérés dispersés dans le monde entier.

OUVRAGES DIVERS ET PUBLICATIONS DIDACTIQUES

Maladies chirurgicales de l'appareil tégumentaire. *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de LE DENTU et P. DELBET.

Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires. *dans le même ouvrage.*

Maladies de l'anus et du rectum. *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS (en collaboration avec H. RIEFFEL).

Ce sont là des ouvrages de longue haleine et qui ont pu avoir leur utilité, mais qui n'ont aucun caractère original et ne présentent aucun intérêt particulier.

En gynécologie j'ai publié un grand nombre d'articles gynécologiques dans la *Pratique médico-chirurgicale* de Brissaud, Pinard et Reclus.

Dans la collection de Ricard et Rochard, un volume sur la *Chirurgie des annexes de l'utérus* (Paris, O. Doin, 1902) dont bien des parties portent la marque de l'évolution de mes idées qui, à cette époque, commençaient à se fixer. Ce livre constitue dans sa partie purement chirurgicale, un travail original.

En 1906, un livre très important, *l'Hystérectomie. Indications et technique*, que l'Académie de Médecine a honoré du prix Tarnier, et qui représente l'exposé de mes idées en chirurgie utérine. Peu à peu, j'étais arrivé en étudiant les procédés anciens, et en créant des procédés nouveaux, à concevoir et à régler une technique précise de l'hystérectomie abdominale, technique variant avec la diversité des lésions, à laquelle, depuis cette époque je n'ai rien changé, et dont j'ai donné plus haut le résumé.

En 1905, j'ai réuni en un volume : *Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, les principales leçons faites à la Charité et à l'Hôtel-Dieu de 1899 à 1904, au cours des remplacements de MM. Tillaux et Duplay,

que j'avais été appelé à suppléer. Je crois bon de donner la table des matières de ce volume, parce qu'elle montre mieux que tous les discours quelles étaient à cette époque les principales questions qui me préoccupaient.

TECHNIQUE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Principes de chirurgie.
Sur l'importance d'une bonne technique.
L'emploi des gants imperméables dans la pratique journalière.

CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU

Traitement chirurgical de la paralysie faciale.
L'extirpation de tumeurs malignes du maxillaire supérieur.
Traitement du cancer de la langue.
L'extirpation des tumeurs de l'arrière-gorge.
L'extirpation des tumeurs du cou.
La résection du grand sympathique cervical.
Actinomycose cervico-faciale.

CHIRURGIE DU THORAX ET DE L'ABDOMEN

L'extirpation de l'œsophage thoracique.
Le passé et l'avenir de la chirurgie du médiastin postérieur.
Traitement chirurgical des fractures de la colonne vertébrale.
Sur la gastro-entérostomie.
La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac.
L'intervention chirurgicale dans l'appendicite.

CHIRURGIE DU RECTUM

L'extirpation sacro-périnéale du rectum.

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles.
Hystérectomie vaginale et laparotomie dans les suppurations annexielles.
Sur la technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles.

L'hystérectomie subtotale par section première du col.
L'hystérectomie abdominale par décollation.
Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles.
Traitement du cancer de l'utérus.
Salpingites et appendicites.

En 1911, j'ai publié (avec mon collègue le docteur A. Siredey) un livre important : *Le Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale* (Paris, O. Doin, 1911, de 1014 pages avec 564 figures). Ce livre en est actuellement à sa 4e édition. Il en existe une traduction espagnole.

Dans ce livre dont A. Siredey a écrit la partie médicale, j'ai donné tous mes soins à la description technique des procédés opératoires et à la discussion de leurs indications. Les figures reproduites dans les pages précédentes lui sont empruntées.

La partie purement technique, traduite en russe, par mon ancien assistant le Dr Arkangelsky, actuellement professeur de clinique gynécologique à Moscou, vient de paraître sous le titre de *Gynécologie opératoire*.

Enfin en 1925, j'ai publié chez Doin, dans la Bibliothèque du cancer, un volume sur le *Cancer de l'utérus* (225 p., 115 fig.). Ce volume a été également traduit en russe par le Prof. Arkangelsky et publié à Moscou.

INSTRUMENTS DIVERS

Écraseur se manœuvrant d'une seule main.

Fourche à grande vis pour la valve sus-pubienne de Doyen, perfectionnement très important de la fourche de Doyen, qui permet de la manœuvrer facilement.

Pince à petits plateaux pour les laparotomies.

Pince à mors courts avec griffes pour le pincement des utérines. Ces pinces, extrêmement commodes pour l'hémostase des vaisseaux profonds et particulièrement des utérines, ont été adoptées par un très grand nombre de chirurgiens.

Aiguilles à pédale à grande courbure de diverses dimensions, pour la chirurgie pelvienne, la chirurgie intestinale, etc. Même observation. La courbure en demi-cercle de ces aiguilles les rende particulièrement commodes pour le passage des fils dans les tissus au moment des ligatures et aussi pour la péritonisation du bassin.

Modifications de l'écarteur de Vacher. Branche démontable, permettant l'application de l'instrument dans une très petite incision.

Valve automatique à cadre pour maintenir les intestins au cours des laparotomies (en collaboration avec P. Coryllos), etc.

THÈSES DIVERSES

J'ai inspiré à mes élèves, ou fait faire dans mes services successifs un assez grand nombre de thèses, dont voici la liste à peu près complète :

L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale. *Thèse* de Petron, 1900.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale. *Th.* de Bréavoine, 1901.

Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur, avec conservation de son bord inférieur. *Th.* de J. de Robillard, 1902.

La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx. *Th.* de T. Christophle, 1903.

De l'extirpation du cancer du rectum par la voie sacro-périnéale. *Th.* de J. Petriat, 1903.

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes. *Th.* de C. Daniel, 1905.

Voici la liste des thèses faites plus particulièrement dans mon service de l'Hôpital Broca, la plupart sous le contrôle de mon assistant E. Douay.

1920

Hystérectomie abdominale par hémisection utérine. Procédé J.-L. Faure. *Th.* Michel Lucas.

Forme aiguë de la salpingite tuberculeuse. *Th.* Deham.

1921

Rétrodéviations utérines. Traitement. *Th.* Violette Koechlin.

Kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse. *Th.* Suzanne Lévy.

Sphacèle des polypes utérins. *Th.* H. Debenais.

Métrorragies émotives. *Th.* Maurice Fabre.

1922

Diagnostic précoce du cancer du sein. *Th.* Oswaldo Meabe.

Curiethérapie des fibromes utérins. *Th.* Raymond Fillatrau.

Ponction du cul-de-sac postérieur du vagin. *Th.* G. Beaussier.

Ovarite scléro-kystique. *Th.* J.-M. Guinier.

Épithélioma vulvaire. *Th.* Horn.

Sarcome et épithélioma du col de l'utérus. *Th.* Musmeci.

Métrorragies de l'adolescence. *Th.* Ernest Thivolet.

1923

Cancer du col de l'utérus. Association de la curiethérapie et de la chirurgie. *Th.* Jamet.

L'occlusion post-opératoire précoce en gynécologie. *Th.* Doubrère.

Prolapsus de l'ovaire. *Th.* Lucienne Meurs.

Métrorragies virginales. *Th.* Dousdebès.

Y-a-t-il des complications opératoires et post-opératoires en gynécologie chez les malades irradiées. *Th.* Surun.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Th.* Regnard.

Diathermie en gynécologie. *Th.* Félicie Sansonetti.

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. *Th.* Jean Carlier.

1924

Cancer du rectum chez la femme. *Th.* Chlyvitch.

Prolapsus utérin sénile. *Th.* Caffeau.

Insufflation tubaire. *Th.* R. Lehmann.

Traitement du cancer du col utérin. Un cas de métastase cérébrale 6 mois après curiethérapie. *Th.* Toparovsky.

La biopsie dans le cancer de l'utérus. *Th.* Marie Caplan.

1925

Myomectomies pendant la grossesse. *Th.* Irène MIRCOUCHE.

Nécrose des fibromes interstitiels de l'utérus. *Th.* CASSIOPOULOS.

Salpingite tuberculeuse. *Th.* ADATO.

La cryothérapie dans les métrites. *Th.* DANDINIAN.

1926

Stérilité d'origine tubaire. *Th.* WIBAUX.

Traitement local des métrites par le mercure-érythrosine. *Th.* LAVIALLE.

Torsion tubaire. *Th.* ESCANDE.

Adénome du col de l'utérus. *Th.* DUCOURTIOUX.

La pâte glycérine-kaolin en thérapeutique gynécologique. *Th.* GALMIER.

Endométriomes vaginaux. *Th.* DEROCQUE.

Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. Réaction de Besredka. *Th.* BERKOVITZ.

1927

Fibromes après la ménopause. *Th.* BUISSON.

Sur un signe précoce du cancer du col de l'utérus. L'hémorragie traumatique. *Th.* REY.

Médication radio-active des métrites. *Th.* FRIEDMANN.

Xanthomes vrais et pseudo-xanthomes infectieux. *Th.* MARTINEAU.

Endométriomes recto-vaginaux. *Th.* HOANG-THUY-BA.

Cancer primitif du corps de l'utérus. *Th.* Jean DUVAL.

Grossesse interstitielle. *Th.* CHALABY.

Traitement des métrites par les courants de haute fréquence. *Th.* SCHATZ.

Traitement de l'endo-cervicite par la pâte escarrotique de Filhols. *Th.* KLEIN.

1928

Stérilité tubaire, insufflation et lipiodol. *Th.* Catherine MENCHIKOFF.

Avenir génital des malades opérées de grossesse extra-utérine. *Th.* J. MARTIN.

Cancer du corps de l'utérus. *Th.* SURA GOLD.

L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. *Th.* Blum (Gaston).

Adénomyome. *Th.* Nathan.

1929

Sérum activé de génisse en gynécologie. *Th.* Antébi.

Métrites déciduiformes. *Th.* Dauveau.

Tuberculose du col. *Th.* Noboa.

1930

Du choix du meilleur procédé d'hystéropexie médiate. *Th.* Saint-Pierre.

Hydrorrhée. *Th.* Lecocq.

La forme endocervicale du cancer du col. *Th.* Roy.

Curiethérapie post-opératoire intra-abdominale. *Th.* Szilagyi.

Rétention d'œuf mort. *Th.* Bronstein.

Étude critique de l'ozone dans ses applications thérapeutiques en chirurgie générale. *Th.* Mathis.

1931

Prolapsus génitaux. *Th.* Favot (Robert).

Auto-greffes ovariennes. *Th.* Brizon (Yvonne).

Grossesse interstitielle. *Th.* Le Gall.

L'acide picrique en gynécologie. *Th.* Douet.

Stérilité et perméabilité tubaire. *Th.* Mlle Helmer-Dupic.

Du prolapsus génital après hystérectomie subtotale. « Cervico-ligamentopexie ». *Th.* Botero.

1932

Cellulite abdomino-pelvienne. *Th.* Jeanne Stuhl.

Étude du traitement du cancer du col de l'utérus. Résultats éloignés. *Th.* Fermoselle-Bacardi.

1933

Métrite déciduiforme. *Th.* Maria-Cristina Barreras.

Notices nécrologiques (*Presse Médicale*) :

Tillaux, 22 octobre 1904.
Paquelin, 6 mai 1905.
Von Mikulicz, 1er juillet 1905.
E. Chevalier, 30 septembre 1905.
P. Poirier, 4 mai 1907.
Félix Terrier, 11 avril 1908.
P. Berger, 21 octobre 1908.
Henry Cazalis, 14 juillet 1909.
L.-H. Farabeuf, 20 août 1910.
Aimé Guinard, 21 juin 1910.
Ch. Nélaton, 25 septembre 1910.
O. Lannelongue, 27 décembre 1911.
J. Albarran, 20 janvier 1912.
Lister, 21 février 1912.
P. Villemin, 3 juillet 1912.
P. Segond, 30 octobre 1912.
Lucas-Championnière, 25 oct. 1913.
Jaboulay, 8 novembre 1913.
P. Reclus, 1er août 1914.
E. Reymond, 29 octobre 1914.
Ch. Périer, 24 décembre 1914.
André Lépine, 29 avril 1915.
Léon Labbé, 30 mars 1916.
Eug. Doyen, 30 novembre 1916.
L. Picqué, 21 juin 1917.
J.-J. Peyrot, 15 novembre 1917.
Dudley Tait, 25 mai 1918.
S. Pozzi, 20 juin 1918.
P. Tanton, 26 décembre 1918.
H. Morestin, 20 février 1919.
A. Demoulin, 31 juillet 1919.
P. Regnier, 14 août 1919.
A. Demons, 10 juillet 1920.
F. Guyon, 28 juillet 1920.
J.-A. Monprofit, 8 février 1922.
Collin, 15 décembre 1923.
Simon Duplay, 26 janvier 1924.
Aug. Polosson, 15 février 1924.
Ad. Jalaguier, 12 juillet 1924.
Gustave Richelot, 27 août 1924.
Aug. Broca, 15 octobre 1924.
Eug. Rochard, 15 octobre 1924.
Paul Hallopeau, 15 octobre 1924.
Ed. Schwartz, 10 juin 1925.
A. Depage, 20 juin 1925.
M.-E. Potherat, 12 avril 1925.
A. Cauchoix, 7 novembre 1925.
E. Desnos, 12 décembre 1925.
Thomas Jonnesco, 14 avril 1926.
A. Le Dentu, 30 octobre 1926.
Henri Vadon, 25 décembre 1926.
Jules Boeckel, 39 avril 1927.
E. Kirmisson, 26 octobre 1927.
Jacob, 9 juin 1928.
P.-V. Masson, 27 octobre 1928.
Fernand Widal, 19 janvier 1929.
Jacques Reverdin, 26 janvier 1929.
Delorme, 16 février 1929.
P.-C. Spinelli, 9 octobre 1929.
Th. Tuffier, 2 novembre 1929.
A. Souligoux, 7 décembre 1929.
O. Beuttner, 14 décembre 1929.
Raoul Bayeux, 18 décembre 1929.
Maurice de Fleury, 27 avril 1931.
P. Dalché, 3 juin 1931.
A. Ricard, 20 avril 1932.
Juvara, 20 mai 1933.
Paul Sollier, 24 juin 1933.
E. Quénu, 5 août 1933.

Je crois devoir donner ici l'énumération à peu près complète, malgré quelques lacunes, d'un grand nombre de travaux, articles, études, essais, conférences, éloges, compte rendus de voyages, analyses, qui, sans être d'ordre purement scientifique, se rattachent cependant par quelques côtés à la chirurgie.

Ils ont été écrits au hasard des événements, et aussi en raison des fonctions que j'ai occupées dans les sociétés scientifiques. Un certain nombre, à la demande de mes amis, ont été réunis en volumes.

Il me semble que, si je passais sous silence ces divers travaux, cela enlèverait une partie de son caractère à l'œuvre scientifique que j'ai accomplie.

ESSAIS — ÉTUDES

L'âme du chirurgien. *La Revue*, avril 1903.

Cette étude, qui a connu une certaine fortune, sans doute parce qu'elle exprime des émotions sincères et des sentiments véritables, a été rééditée plusieurs fois, et traduite en diverses langues.

L'art et l'esprit de la chirurgie. Conférence faite à Bruxelles devant S. M. la Reine Élisabeth de Belgique pour l'inauguration des Journées médicales de Bruxelles, 14 novembre 1921.

L'avenir de la chirurgie. Société des Conférences, 1er février 1924.

Science et conscience en chirurgie. Conférence faite à Bruxelles, en présence de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges, pour le dixième anniversaire des Journées médicales de Bruxelles.

L'esprit latin et l'art chirurgical. *Riforma medica*, 15 février 1919.

Les idées médicales de Paul Bourget. Écrit pour le jubilé littéraire de Paul Bourget. *Revue hebdomadaire*, 1924.

Préface à l'Introduction de la médecine expérimentale de CL. BERNARD. Édit. *Les Arts et le Livre*. G. CRÈS, 1927.

Art et chirurgie. *Art et Médecine*, 1931, le 28 juin 1930.

Pasteur et la chirurgie. *Je Sais tout*, 1922.

Hommage à Pasteur. *Echo de Paris*. 23 décembre 1922.

Laënnec. *Le Gaulois*. 16 décembre 1926.

LEÇONS — DISCOURS — ALLOCUTIONS

Leçon d'ouverture de la chaire de clinique gynécologique. Hôpital Broca, 18 novembre 1919.

Discours du Secrétaire général du 27e Congrès de Chirurgie. Octobre 1918.

Discours prononcé comme Président du Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Paris, 1921.

Discours prononcé à la Faculté de médecine de Montevideo. Août 1922.

Discours prononcé à la Fondation Coligny. Bordeaux, 1924.

Discours prononcé à l'inauguration des maisons John Bost. Bordeaux, 1924.

Discours prononcé au Congrès de Strasbourg comme Secrétaire général. 3 octobre 1924.

Discours prononcé à l'ouverture des journées marocaines. Casablanca, décembre 1924.

Toast au maréchal Lyautey. Rabat. décembre 1924.

Discours prononcé comme Président de la Société nationale de chirurgie. *Soc. chir.*, 28 janvier 1925.

A de jeunes Américains. Sorbonne, juillet 1925.

Discours de sortie. *Soc. nat. de chir.*, 20 janvier 1926.

Centenaire de Combe's Hospital. Dublin, 15 septembre 1926.

Discours prononcé comme Président du 35e Congrès français de chirurgie. 4 octobre 1926.

Discours prononcé comme Président de la Société d'obstétrique et de gynécologie. 14 janvier 1929.

Discours de sortie. 12 janvier 1931.

Discours prononcé au 6e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française Congrès de Bruxelles. 1929.

Discours prononcé au 6e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Congrès de Bordeaux. 1931.

Discours prononcé au banquet offert au Dr Raynaldo Santos. 7 avril 1927.

15.

Discours prononcé au banquet de l'Union franco-ibéro-américaine. Umfia, 30 novembre 1925.

Discours prononcé au banquet du Dr T. Tuffier. 1925.

Discours prononcé à l'inauguration des monuments de A. Poncet et Jaboulay à la Faculté de médecine de Lyon. *Ac. de méd.*, 1925, p. 255.

Discours prononcé à l'inauguration du monument de L.-H. Farabeuf. (Ecole pratique).

Banquet des Girondins. 29 octobre 1925.

Discours pour la réception des délégués de la « League of the Empire ». Sorbonne. 24 juillet 1926.

Discours d'adieu aux délégués de la « League of the Empire ». Sorbonne, 27 juillet 1926.

Discours prononcé au centenaire de Kœberlé. *Ac. méd.*, 1928, p. 75.

Sur la Bonté. Paroles d'un chirurgien. Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 1930.

Discours prononcé comme Président du banquet de l'Internat. 1931.

Discours prononcé à la médaille du Dr M. Auvray. Hôpital Laënnec. 1931.

Discours prononcé à la médaille du D Récamier. Hôpital Saint-Michel, 1931.

Discours prononcé à l'inauguration d'une plaque sur la maison natale de Velpeau à Brèches. *Gaz. méd. de France*, 19 décembre 1931.

Discours prononcé aux funérailles de Depage. Mai 1925.

Discours prononcé sur la tombe de A. Jalaguier. 8 juillet 1924.

Discours prononcé sur la tombe de Louis Fournier. Janvier 1930.

Éloges funèbres prononcés en qualité de Secrétaire général à la Société de Chirurgie

Éloge de Peyrot. 11 janvier 1920.

Éloge de Pozzi. 19 janvier 1921.

Éloge de O. Lannelongue. 18 janvier 1922.

Éloge de P. Guyon 13 janvier 1923.

Éloge de L.-H. Farabeuf. 16 janvier 1924.

Ambroise Paré. 4e centenaire, 28 octobre 1930.

L'œuvre de Péan, à propos de son centenaire. 25 novembre 1930.

Éloge de Léon Labbé, à propos de son centenaire. 13 décembre 1932.

LIVRES JUBILAIRES

Livre de Pozzi. Une hystérectomie abdominale en 1906.

Livre de Treub. Evolution de l'hystérectomie depuis 25 ans.

Livre du Pr E. Forgue. Sur quelques points de technique dans le traitement du cancer du col utérin.

Livre de Jorga. La médecine franco-brésilienne.

Livre de H. Hartmann. L'évolution des idées depuis 40 ans dans le traitement du cancer du col utérin.

Livre d'Alessandri. Le drainage du péritoine.

ÉTUDES ET CONFÉRENCES

Sur la chirurgie de guerre. Conférence faite devant S. M. la Reine des Belges à l'Ambulance de l'Océan, à la Panne, le 25 mars 1916.

La chirurgie de guerre. *Revue des Deux Mondes*, 15 octobre 1916.

Le cancer. *La Revue de France*. novembre 1921.

La cure chirurgicale du cancer. Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, 1925.

La lutte contre le cancer. *Revue de Paris*, 1er octobre 1924.

La lutte contre le cancer. Conférence faite à Nîmes, 4 avril 1925.

La chirurgie du cancer. *La Vie médicale*. 1931.

VOYAGES

Impressions d'Amérique. *Presse méd.*, 27 janvier 1904.

Le voyage des médecins français à Londres. *Presse méd.*, 15 octobre 1904.

Les infirmeries indigènes dans l'Extrême-Sud Oranais. *Presse méd.*, 25 mai 1902.

La Faculté de médecine française de Beyrouth. *Presse méd.*, 28 juin 1911.

L'ambulance de l'Océan à la Panne. *Presse méd.*, 27 mai 1916.

A Saragosse. *Presse méd.*, 18 février 1922.

Dans l'Amérique latine. *Presse méd.*, 25 novembre-2 décembre 1922.

Les journées médicales marocaines. *Presse méd.*, 24 janvier 1925.

Deux mois au Brésil. *Presse méd.*, 29 février 1928.

La chirurgie à Moscou. *Presse méd.*, 18 septembre 1929.

Les fêtes de Belgrade. *Presse méd.*, 25 novembre 1930.

Le service de chirurgie de l'hôpital d'État de Belgrade. *Presse méd.*, 25 février 1931.

Quelques mots sur la chirurgie américaine et l'œuvre des Frères Mayo. *Presse méd.*, 28 février 1930.

Quelques journées de chirurgie : Parme, Belgrade, Roumanie. *Presse méd.*, 6 juin 1931.

Notes chirurgicales sur l'Afrique du Nord :

En Algérie. *Presse méd.*, 13 mai 1933.

Au Maroc. *Presse méd.*, 21 mai 1933.

Les territoires du Sud Algérien. *Art et Méd.*, octobre 1933.

ANALYSES DE LIVRES

L'évolution de la chirurgie, par Lecène. *Presse méd.*, 1923.

Les fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent, par Maurice de Fleury. *Presse méd.*, 1929.

Au Louvre avec Delacroix, par Fernand Vallon. *Presse méd.*, 1929.

Pour la défense de notre culture, par R. Anthony. *Presse méd.*, 1930.

Le problème de l'Évolution, par M. Caullery. *Presse méd.*, 1931.

La victoire de Prométhée, par J. Pélissier. *Presse méd.*, 1931.

A propos du dernier livre du Dr Dartigues. (*Para-Chir.*), 1931.

Naissance, vie et mort des maladies infectieuses, par Ch. Nicolle. *Presse méd.*, 31 janvier 1931.

Biologie de l'invention, par Ch. Nicolle. *Presse méd.*, 30 août 1932.

Technique chirurgicale. Estomac et duodénum, par le Prof. Rhéaume. *Presse méd.*, 1932.

Figures lauraguaises, par Marfan. *Presse méd.*, 1933.

ARTICLES DIVERS

A propos du Congrès français de chirurgie. *Presse méd.*, 21 octobre 1903.

Sur la création à Paris d'une maison de santé pour le traitement des maladies contagieuses dans la classe aisée. *Presse méd.*, 26 novembre 1904.

A propos du vote sur la limitation des débits de boissons. *Presse méd.*, 15 mai 1912.

Pour l'aviation militaire. *Presse méd.*, 15 mai 1912.

Le Journal de Chirurgie de Bucarest. *Presse méd.*, 12 juillet 1913.

Les blessés sur la côte d'Azur. *Presse méd.*, 4 mars 1915.

Une conférence à Rome. *Presse méd.*, 28 octobre 1915.

La Chirurgie française dans les cinquante dernières années. *Presse méd.*, 13 décembre 1915.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1915. *Bull. Soc. chir.*, 25 janvier 1916.

Nombreux rapports à M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé, en qualité de chirurgien consultant de la IVe armée (1916-1918).

Les fonctions qui m'avaient été confiées, ainsi qu'à quelques-uns de mes collègues, sont de celles dont le souvenir ne s'efface jamais. J'ai pu, grâce à elles, jouer un rôle actif, et que je crois utile, dans le grand drame de la guerre.

Nos fonctions consistaient à aller voir ce qui se passait au front au point de vue chirurgical, à en tirer des enseignements, à donner à nos jeunes confrères qui vivaient dans l'action quotidienne, les conseils que nous jugions utiles et à transmettre à l'Autorité supérieure les suggestions et les enseignements tirés de nos visites.

J'allais donc, chaque mois, passer quatre ou cinq jours au front de l'Armée de Champagne, et là, j'allais me rendre compte de ce qui se passait, au point de vue des soins aux blessés, depuis les postes de première ligne, jusqu'aux hôpitaux de l'arrière.

Je m'intéressais surtout, je dois le dire, au travail des jeunes chirurgiens dans les ambulances de l'avant, et dans les grands hôpitaux qui, à quelques kilomètres des lignes, étaient le centre principal de la chirurgie d'armée. J'ai vu là, de mes yeux, le travail magnifique de ces

équipes chirurgicales qui, pendant les deux dernières années de la guerre, ont rendu de si grands services.

C'est précisément parce que j'étais émerveillé de l'ardeur, de la conscience et de la compétence avec laquelle les jeunes chirurgiens du front soignaient les grands blessés de guerre que, dans mes rapports au Ministre, j'ai conseillé, au cours des longues périodes de calme de l'année 1917, de conserver le plus possible de blessés, et surtout de grands blessés, dans ces hôpitaux, où ils recevaient des soins presque toujours très supérieurs à ceux de l'intérieur.

J'ai pu constater qu'à la IV[e] armée tout au moins, grâce aux rapports de confiance et de mutuelle estime que j'ai toujours eus avec les médecins directeurs du Service de Santé de l'Armée, mes conseils avaient été suivis. Je suis certain d'avoir, par cette mesure, été utile à un grand nombre de blessés.

L'enseignement de la chirurgie. *Presse méd.*, 29 mai 1919.

A propos du Congrès de chirurgie. *Presse méd.*, 25 octobre 1919.

Comptes rendus à l'Assemblée générale de l'Association française de chirurgie, en qualité de secrétaire général (années 1918-1919-1920).

Notice nécrologique sur le D[r] E. Schwartz. *Ac. de méd.*, 9 juin 1925.

Préface à « Verba et scripta ». G. Doin (1925).

M. J. Chiappe et les médecins parisiens. *Presse méd.*, 10 février 1929.

Sur le diplôme de chirurgie. *Ac. de méd.*, 26 novembre 1929.

A propos de l'inauguration de l'Institut du cancer La guérison par la chirurgie. *Presse méd.*, 14 mai 1930.

Bulletin du Collège brésilien de chirurgie. *Presse méd.*, 24 mai 1930.

Le Procès du Transformisme. *Presse méd.*, 9 juillet 1930. A propos du livre de Vialleton sur l'*Origine des êtres vivants : l'Illusion transformiste.*

Article important en réponse au livre de Vialleton.

Voici, en manière de conclusion, la dernière phrase de cette étude :

« Mais nous sommes au bord de l'abîme et c'est ici qu'il faut choisir : ou les forces de la nature et ses ressources infinies, qui nous sont encore inconnues — et sans doute le seront toujours, — ou les forces surnaturelles, vers lesquelles aspirent tant d'âmes qui n'ont pu dépouiller encore les grandes illusions de la foi !

« Il n'y a ni compromis, ni transaction possibles! Il faut choisir entre les conceptions magnifiques auxquelles nous ont conduit les travaux de savants innombrables et les illuminations du génie, ou les légendes merveilleuses qui obsèdent l'esprit des hommes, depuis que l'esprit des hommes est sorti des ténèbres, et depuis les temps abolis où, sur le seuil des cavernes de la préhistoire, nos ancêtres épouvantés élevaient leurs mains suppliantes vers les dieux inconnus perdus dans les étoiles. »

Réponse au Prof. Cuenot. *Presse méd.*, 8 novembre 1930.

Le Prof. Cuenot ayant envoyé à *La Presse médicale* une lettre à propos de cet article, je lui fis une courte réponse, dont je tiens également à donner la conclusion :

« Je ne puis, ni ne veux recommencer ici cette discussion passionnante. Aussi bien, qu'ai-je dit ? J'ai dit : Il faut choisir ! J'ai donné, bonnes ou mauvaises, les raisons de mon choix. Que les autres choisissent. Ils sont libres, comme je suis libre. Qu'ils suivent dans leur choix les injonctions de leur raison, ou les impulsions de leur cœur, ou les sentiments de leur âme. Tout est bien ! Qu'ils aillent du côté où ils trouveront l'apaisement de leur esprit et le repos de leur conscience. »

Sur le projet de loi relatif à l'exercice de l'art dentaire. *Ac. de méd.*, 24 mars 1931.

En mémoire de P. Lecène. *Presse méd.*, 17 octobre 1931.

Erreurs de diagnostic. *Écho de Paris*, 25 novembre 1922.

La Justice injuste. *Écho de Paris*, 30 octobre 1931.

La mort du poisson bleu. *La Nature*, 15 novembre 1931. (Traduit en espagnol.)

Paix sur la terre. *La Nature*, 15 mai 1933.

Le serpent secourable. *La Nature*, 15 juin 1933.

Trois études de psychologie animale.

Un grand nombre de ces discours, allocutions, éloges, articles divers ont été réunis en volumes, qui forment un recueil important :

En marge de la chirurgie. (Quatre volumes. G. Crès, édit.)

Enfin j'ai publié :

Claude Bernard, 1 volume. Éditions Crès, 1925.

Le savant, l'écrivain, le philosophe, l'homme.

Au Groenland avec Charcot. 1 vol. Flammarion, 1933.

Relation d'un voyage au Groenland, à bord du *Pourquoi-Pas* ?

Au moment de la crise financière de 1925-1926, et depuis cette époque, je me suis occupé du moyen de rétablir la situation financière de la France et j'ai publié un certain nombre d'articles de journaux et d'études, dont voici les principales :

Pour rétablir les finances. Le sou du franc. *Le Temps*, 13 novembre 1925.

Le sou du franc pour la France. *Écho de Paris*, 1er décembre 1925.

Réflexions sur les impôts. *Revue de Paris*, 15 février 1926.

L'impôt sur la dépense et le relèvement de la natalité française. *Revue de Paris*, 1er juin 1926.

Sauvons-nous nous-mêmes. *Écho de Paris*, 16 juillet 1926.

Sur la réforme des impôts. *Écho de Paris*, octobre-novembre 1928.

Les conditions nécessaires du redressement financier. *Revue hebdomadaire*, 26 juin-2 juillet 1932.

L'impôt sur la dépense. *Le Capital*, mars-avril 1933.
